

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Perceptions des conseillères en soins infirmiers et en pratique infirmière avancée quant à la  
qualité, à la pertinence et aux impacts d'une formation à l'Ennéagramme sur les compétences  
infirmières

Par : Michèle Desmarais

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M.Sc.)  
en sciences infirmières (option expertise-conseil)

Décembre, 2017

© Michèle Desmarais, 2017

## Résumé

Lors des grandes transformations du réseau de la santé québécois, comme l'entrée en vigueur de la Loi 10, les conseillères en soins infirmiers (CSI) et les conseillères en pratique infirmière avancée (CPIA), font face à un défi d'envergure pour assurer la qualité des soins à la population québécoise (OIIQ, 2014), mettant ainsi de l'avant l'importance de soutenir leur rôle et d'exercer leurs compétences (OIIQ, 2014, 2015). L'intelligence émotionnelle est essentielle au déploiement des compétences infirmières (Cummings, Hayduk et Estrabrooks, 2005 ; Cummings et al., 2010 ; Horton-Deutsch et Sherwood, 2008 ; O'Connor, 2008 ; Smith, Profetto-McGrath et Cummings, 2009 ; Triola, 2007). Alors que plusieurs modèles et programmes de formation soutiennent le déploiement des compétences professionnelles à travers le développement de l'intelligence émotionnelle, le modèle de l'Ennéagramme tend à s'imposer comme une avenue prometteuse (Bland, 2010 ; Lapid-Bogda, 2004, 2007). Toutefois, l'utilisation et les retombées de ce modèle dans le contexte nord-américain sont peu documentées. Fondée sur la conception humaniste-caring de Watson (2012), cette étude qualitative a pour but d'explorer les perceptions des CSIs et des CPIAs quant à la qualité, à la pertinence et aux impacts d'une formation sur l'Ennéagramme à l'égard du développement et de l'exercice de leurs compétences professionnelles. L'analyse, selon la méthode de Miles et Huberman (2003), et l'interprétation des données recueillies lors d'entrevue individuelles auprès de neuf CSIs et CPIAs montrent que la formation à l'Ennéagramme favorise une meilleure connaissance de soi et compréhension des autres. Conséquemment, ce modèle pourrait soutenir le développement de plusieurs compétences infirmières : l'agir avec humanisme, la collaboration, le leadership clinique et le soutien aux apprentissages en milieu de pratique. De plus, les résultats permettent de formuler un certain nombre de recommandations afin d'améliorer les stratégies pédagogiques de la formation dispensée et la mobilisation des connaissances acquises dans la pratique infirmière. Finalement, cette recherche ouvre la voie à un modèle prometteur pour le développement d'une pratique professionnelle empreinte d'humanisme en sciences infirmières. Davantage de recherches s'avèrent nécessaires pour mieux comprendre les effets de l'Ennéagramme chez les professionnels de la santé, incluant les infirmières, en matière de développement de la pratique humaniste.

*Mots-Clés* : « infirmière », « pratique avancée », « compétences », « intelligence émotionnelle » « ennéagramme », « santé mentale », « éducation », « réforme » et « changement organisationnel ».

## Summary

During major transformations of the Quebec healthcare system, including following Bill 10, the nursing educators and advanced practice nurses face major challenges in ensuring quality care for the Quebec population (OIIQ, 2014), thus highlighting the importance of supporting their role and skills (OIIQ, 2014, 2015). Emotional intelligence is essential for the deployment of nursing skills (Cummings, Hayduk and Estrabrooks, 2005; Cummings et al., 2010; Horton-Deutsch and Sherwood, 2008; O'Connor, 2008; Smith, Profetto-McGrath and Cummings, 2009; Triola, 2007). While several models and training programs can enhance professional skills, through the development of emotional intelligence, the Enneagram model is emerging as a promising avenue (Bland, 2010; Lapid-Bogda, 2004, 2007). However, the use and impact of this model in a North American context is poorly documented. Based on Watson's humanistic-caring model (2012), this qualitative study aims to explore the perceptions of nursing educators and advanced practice nurses about the quality, relevance, and impact of an Enneagram training on the development and exercise of their professional skills. Analysis, following Miles and Huberman (2003)'s method, and interpretation of data collected from individual interviews with nine nursing educators and advanced practice nurses, shows that an Enneagram training can foster better self-awareness and understanding of others. As a result, this model could support the development of several nursing skills including: acting with humanism, collaboration, clinical leadership and supporting learning in clinical settings. In addition, the results allow for a number of recommendations to be made in order to improve the educational strategies of the training provided and the mobilization of knowledge gained through nursing practice. Finally, this research paves the way for a promising model in the development of a professional practice imbued with humanism in nursing. More research is needed to better understand the effects of the Enneagram on healthcare professionals, including nurses, in the development of a humanistic practice.

*Keywords: nurs\*, advanced practice nurs\*, competence, emotional intelligence, enneagram, mental health, education, organizational change.*

## Table des matières

Résumé.....	ii
Summary.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
CHAPITRE 1 – <i>Problématique de recherche</i> .....	1
Problématique de recherche .....	2
But et questions de recherche.....	5
CHAPITRE 2 – <i>Recension des écrits et cadre de référence</i> .....	6
Stratégie de recherche documentaire.....	7
Contexte de transformation du réseau de santé.....	8
Impacts sur la santé mentale des infirmières .....	9
Impacts des compétences infirmières sur la santé des infirmières et la qualité des soins.....	10
Intelligence émotionnelle .....	11
Définition de l’intelligence émotionnelle .....	11
Intelligence émotionnelle et santé mentale des infirmières.....	12
Compétences infirmières .....	13
Ennéagramme.....	18
Description du modèle.....	18
Programme de formation.....	26
Qualité de la formation .....	26
Déroulement de la formation.....	28
Description de la formation .....	28
Cadre de référence.....	30
CHAPITRE 3 - <i>Méthodologie</i> .....	33
Position épistémologique .....	34
Devis.....	34

Déroulement de la recherche.....	35
Processus de recrutement.....	35
Méthode d'échantillonnage.....	36
Analyse des données.....	39
Critères de scientificité.....	40
Considérations éthiques.....	42
Confidentialité.....	42
Consentement libre et éclairé.....	43
Risques et avantages.....	44
Conflits d'intérêt.....	44
CHAPITRE 4 - <i>Résultats</i> .....	45
Formation.....	46
Durée.....	46
Stratégies pédagogiques.....	47
Impacts de la formation.....	48
Connaissance de soi et des autres.....	48
Compétences infirmières.....	50
CHAPITRE 5 – <i>Discussion</i> .....	57
Formation.....	58
Facteurs de succès d'une formation sur l'Ennéagramme.....	58
Humanisme.....	61
Santé mentale des professionnels en contexte de transformation du réseau de la santé.....	62
Compétences.....	63
Recommandations.....	68
Formation.....	68
Pratique clinique.....	69
Recherche.....	69
Forces et limites de la recherche.....	70
Forces.....	70
Limites.....	70
CONCLUSION.....	71

Références.....	73
Annexe A : Formulaire d’information et de consentement .....	87
Annexe B : Questionnaire sociodémographique.....	93
Annexe C : Guide d’entrevue individuelle semi-structurée.....	96

## **Liste des tableaux**

- Tableau 1 Description des types de personnalité
- Tableau 2 Description de la formation (Lee et al., 2013)
- Tableau 3 Description de la formation
- Tableau 4 Déroulement de la recherche

## Liste des figures

Figure 1 Le modèle de l'Ennéagramme

## Liste des abréviations

AIIAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSI	Conseillère en soins infirmiers
CPIA	Conseillère en pratique infirmière avancée
DSI	Direction des soins infirmiers
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Office des professions du Québec
SESSI	Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers

## Remerciements

Je tiens d'abord à exprimer des remerciements à mes directrices de recherche, Madame Marie-Josée Levert et Madame Julie Fréchette pour leur soutien à travers cette recherche. Leur souci du détail et leur rigueur scientifique ont été grandement appréciés. Elles ont su m'accompagner à travers cet apprentissage. Elles ont eu l'ouverture et la curiosité scientifique de s'intéresser à un sujet de recherche innovateur et peu exploré en sciences infirmières. Un immense merci!

Je remercie également les membres du comité d'approbation scientifique Mesdames Christine Genest et Hélène Lefebvre, d'avoir offert des commentaires constructifs et des suggestions pertinentes à ce projet de recherche. De plus, je remercie les participantes, sans qui ce projet n'aurait pas pu avoir eu lieu. Aussi, j'aimerais remercier les enseignantes du Cégep André-Laurendeau qui ont donné leurs commentaires constructifs lors de l'élaboration de la formation sur l'Ennéagramme. De plus, je remercie mon employeur, le Cégep André-Laurendeau de m'avoir encouragé et d'avoir appuyé mon projet de maîtrise tout au long de mes études.

Également, je tiens à remercier chaleureusement les organisations qui m'ont encouragée en m'accordant des bourses : le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Enfin, je remercie ma famille, mes amis et mon professeur Monsieur René Roy de l'École de l'Ennéagramme du Québec : tous m'ont donné un soutien exceptionnel empreint d'empathie au cours de mes études.

## **CHAPITRE 1 – *Problématique de recherche***

## **Problématique de recherche**

Le réseau de santé québécois a fait face à de nombreuses transformations au cours des dernières décennies. Parmi celles-ci, en 2015, l'entrée en vigueur de la Loi 10 (Ministère de la Santé et Services sociaux du Gouvernement du Québec [MSSS], 2015) a modifié l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (CISSS-CIUSSS) (MSSS, 2015 ; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2014). Cette réforme suscite un grand bouleversement au sein de l'organisation en raison du mandat élargi des établissements régionaux et de l'abolition de postes de gestionnaires (Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux, 2014). Visant des impacts positifs, notamment une meilleure accessibilité et qualité des soins à la population québécoise (MSSS, 2015), cette réorganisation génère, en contrepartie, des impacts négatifs sur la santé du personnel infirmier devant s'adapter à une nouvelle structure organisationnelle.

En effet, les réformes, telle que la Loi 10 (MSSS, 2015), peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé mentale des infirmières. Celles-ci sont plus à risque de stress (Bourbonnais et al., 2000 ; Brown, Zijlstra et Lyons, 2006; Su, Boore, Jenkins, Liu et Yang, 2009; Teo, Pick, Newton, Yeung, et Chang, 2013), de détresse psychologique élevée (Bourbonnais, Brisson, Malenfant et Vézina, 2005; Bourbonnais et al., 2000; Lavoie-Tremblay et al., 2010), de sentiment de perte de contrôle de sa situation professionnelle et personnelle (Boivin-Desrochers et Alderson, 2014; Bourbonnais et al., 2010), de perte de sens et de motivation au travail (Bourbonnais et al., 2000), de difficultés liées à la conciliation du travail et de la famille (Bourbonnais et al., 2000) et de consommation de médicaments psychotropes (Bourbonnais et al., 2000). Également, ces contextes difficiles ont mené à une augmentation de la durée des absences pour maladie (Bernstrom et Kjekshus, 2015; Bourbonnais et al., 2000) et à une augmentation de la fréquence et de la durée des absences pour un diagnostic lié à des problématiques de santé mentale (Bourbonnais et al., 2000).

Ces impacts négatifs seraient dus à une surcharge de travail, une tension psychologique au travail, une diminution de la latitude décisionnelle, un faible support social de la part des collègues et des supérieurs, et à la déstabilisation des équipes de travail (Bourbonnais et al., 2005; Bourbonnais et al., 2000; Lavoie-Tremblay et al., 2010). À l'égard des équipes de travail, les infirmières ont rapporté vivre des deuils, et une diminution du sentiment d'appartenance et

d'identité en raison de la perte successive des collègues de travail, de clientèles, des routines liées au travail et les changements d'unité de soins (Bourbonnais et al., 2000; Lavoie-Tremblay et al., 2010).

Dans ce contexte hautement difficile, les conseillères en soins infirmiers (CSI) et les conseillères en pratique infirmière avancée (CPIA), en plus de vivre ces mêmes difficultés, occupent des postes où elles doivent soutenir les autres employés ébranlés par la réforme. À cet égard, même si elles ne détiennent pas le même niveau d'étude, les CSIs et les CPIAs réalisent souvent des tâches semblables bien qu'actuellement, les organisations visent à clarifier les rôles et les fonctions de chacune (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec [FIQ], 2016).

Les recherches s'accordent qu'avoir une intelligence émotionnelle développée pourrait minimiser les impacts liés au stress causé par les environnements de travail chaotique (Cummings et al., 2005; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2007, 2014; Smith, Profetto-McGrath et Cummings, 2009), notamment en favorisant la satisfaction dans la vie, les relations interpersonnelles positives, la croissance personnelle, l'acceptation de soi et le bien-être (Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014). L'intelligence émotionnelle se définit comme la capacité de reconnaître et de faire progresser la compréhension de ses propres émotions et de celles des autres ; de bien les gérer dans le but de motiver sa propre personne et les autres, vers un but commun (Goleman, Boyatzis et McKee, 2002). En contexte hospitalier, les infirmières étant capable de mieux comprendre leurs émotions sont davantage en mesure de s'adapter à la charge de travail et à gérer/réguler les émotions négatives avant qu'elles puissent affecter négativement leur santé (Augusto-Landa, Lopez-Zafra, Berrios Martos et Aguilar-Luzon, 2008 ; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014). À cet égard, les CSIs et CPIAs doivent d'abord être en mesure de s'adapter elle-même aux changements et de gérer leurs émotions avant de pouvoir soutenir les autres employés, aussi déstabilisés par les transformations organisationnelles.

En plus d'optimiser la santé mentale des infirmières et leur capacité à faire face au stress (Montes-Berges et Augusto-Landa, 2007, 2014 ; Smith et al., 2009), l'intelligence émotionnelle soutient l'exercice optimal des compétences infirmières dans les contextes de travail difficiles (Cummings et al., 2010 ; Cummings et al., 2005 ; Smith et al., 2009), en favorisant notamment la satisfaction au travail par l'exercice d'un leadership efficace (Akerjordet et Severinsson, 2010 ; Cummings et al., 2010 ; Moss, 2005 ; Roussel, 2013). Ainsi, il importe de soutenir le

développement de l'intelligence émotionnelle durant les contextes de réforme. En effet, plusieurs auteurs recommandent la mise en place de programme de formation visant le développement de l'intelligence émotionnelle pour diminuer le stress chez les infirmières et favoriser leur satisfaction dans leur vie professionnelle et familiale (Augusto-Landa et al., 2008 ; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014).

Pour développer l'intelligence émotionnelle, plusieurs modèles sont utilisés, dont les modèles de la personnalité (Daft, 2010 ; Judge, Bono, Ilies et Gerhardt, 2002 ; Phaneuf, 2015 ; Roussel, 2013). Parmi les modèles de personnalité reconnus, le modèle de l'Ennéagramme a été identifié comme une avenue prometteuse dans le développement de l'intelligence émotionnelle à travers de nombreuses disciplines, telles que la gestion, la psychologie et l'éducation (Bland, 2010; Goldberg, 1999 ; Lapid-Bodda, 2004, 2007 ; Levine, 1999 ; Luckcock, 2007, 2010 ; Matisse, 2007; Palmer, 2014, Salmon, 2012 ; Shannon, Schreiber et Riley, 1999).

Ce modèle propose un système dynamique de compréhension de la personnalité favorisant l'introspection et la découverte de soi (Bland, 2010; Matisse, 2007; Palmer, 2014; Riso et Hudson, 1999 ; Salmon, 2012 ; Shannon et al., 1999). Il peut aider les personnes à mieux comprendre leur propre personnalité, ainsi que les autres types de personnalité et les défis qui découlent des relations interpersonnelles (Bland, 2010 ; Riso et Hudson, 1999). Cette importance accordée à l'empathie envers soi et envers l'autre est compatible avec la conception du *Human Caring* selon Watson (2008, 2012), car le modèle de l'Ennéagramme reconnaît lui aussi l'unicité de la personne. À travers une approche humaniste, l'Ennéagramme représente un modèle pertinent à explorer pour optimiser les compétences infirmières, par le biais du développement de l'intelligence émotionnelle.

La plupart des recherches portant sur l'Ennéagramme ont été réalisées en Corée du Sud et ont majoritairement été effectuées auprès d'étudiants en sciences infirmières (Kim, 2003; Kim, 2014; Kim et Cho Chung, 2015; Kim, Ji, Ryu et Jeon, 2005; Koo, 2011; Lee, 2007, 2011, 2015; Lee, Yoon et Do, 2013; Oh, 2005 ; Park et Choi, 2013 ; Park et Ha, 2014 ; Shin, 2016; Son, 2012). Seulement six recherches ont exploré les effets d'un programme de formation basé sur l'Ennéagramme auprès des étudiants (Kim, 2003 ; Kim et Cho Chung, 2015; Koo, 2011 ; Lee, 2011; Lee, 2015; Lee et al., 2013). Ces recherches, toutes quantitatives, mettent en évidence qu'un programme de formation sur l'Ennéagramme diminue l'anxiété (Koo, 2011), favorise la

connaissance de soi (Kim et Cho Chung, 2015), l'acceptation de soi (Lee et al., 2013; la conscience de soi (Lee, 2015), la communication (Lee, 2015), les relations interpersonnelles (Kim et Cho Chung, 2015; Lee, 2015) et le leadership de soi (Kim et Cho Chung, 2015). De plus, le besoin de réaliser des recherches qualitatives a été soulevé pour pallier aux limites de la méthodologie quantitative lors de la mesure des effets de l'Ennéagramme (Lee, 2015).

Au moment de la réalisation de ce projet de recherche, aucune formation sur le modèle de l'Ennéagramme n'était disponible dans le réseau de la santé du Québec. En réponse à la demande des milieux de soins pour une formation favorisant le développement de l'intelligence émotionnelle et visant à soutenir le développement des compétences chez les CSIs et les CPIAs, un programme de formation a été développé par l'étudiante chercheuse et dispensé dans les établissements ayant manifestés ce besoin de formation.

### **But et questions de recherche**

Cette recherche a pour but d'explorer les perceptions des CSIs et des CPIAs quant à la qualité, à la pertinence et aux impacts d'une formation sur l'Ennéagramme à l'égard du développement et de l'exercice de leurs compétences professionnelles. Les questions de recherche, en cohérence avec la conception de Watson (2005, 2008, 2012), portent sur l'expérience unique et complexe que vivent les CSIs et CPIAs, suite à une formation sur le modèle de l'Ennéagramme.

- Quelles sont les perceptions des CSIs et des CPIAs quant à la qualité (stratégies pédagogiques et contenu) de la formation sur le modèle de l'Ennéagramme?
- Quels sont les effets (réels et potentiels) perçus par les CSIs et les CPIAs de la formation du modèle de l'Ennéagramme sur le développement de leurs compétences infirmières?

## **CHAPITRE 2 – *Recension des écrits et cadre de référence***

Ce chapitre porte sur la recension des écrits. Il est divisé en cinq sections : la stratégie de recherche documentaire, le contexte de transformation du réseau de la santé, l'intelligence émotionnelle, le modèle de l'Ennéagramme, le programme de formation ainsi que le cadre de référence de cette recherche, soit la conception humaniste *caring* selon Watson (2012).

### **Stratégie de recherche documentaire**

Les moteurs de recherches *CINAHL*, *MEDLINE*, *PUBMED*, *COCHRANE*, *GOOGLE SCHOLAR* et *Atrium* des bibliothèques de l'Université de Montréal ont servi à orienter la recherche documentaire. Les mots clés suivants ont permis d'effectuer la stratégie de recherche documentaire : « infirmière », « compétences », « ennéagramme », « santé mentale », « intelligence émotionnelle », « étudiants », « éducation », « réforme » et « changement organisationnel », « *nurs\** », « *competencies* », « *enneagram* », « *mental health* », « *emotional intelligence* », « *skills* », « *student* », « *education* » et « *organizational change* ».

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Les participantes sont des infirmières ou des étudiantes en sciences infirmières : Considérant que les compétences infirmières se développent tout au long de leur carrière, les résultats obtenus auprès d'une population étudiante peuvent s'avérer transposables aux CSIs et CPIAs.
- Le sujet porte sur l'évaluation d'un programme de formation à l'Ennéagramme.
- Le sujet porte sur le développement des compétences infirmières.

Au sujet de l'utilisation de l'Ennéagramme en sciences infirmières, aucune recherche n'a été recensée sur l'utilisation de l'Ennéagramme chez les infirmières dans des rôles semblables aux CSIs et CPIAs. De même, aucune revue systématique n'a été identifiée sur l'utilisation du modèle de l'Ennéagramme en sciences infirmières, ni en contexte de transformation du réseau de la santé. La majorité des recherches disponibles en sciences infirmières ont été réalisées et publiées en Corée du Sud (n= 14). Conséquemment, une des difficultés rencontrées lors de la recension des écrits se situait au niveau de la langue de publication. Plusieurs articles n'étaient disponibles qu'en coréen avec un résumé en anglais, limitant ainsi l'analyse en profondeur de certains articles (Kim, 2003 ; Kim et Cho Chung, 2015 ; Lee, 2011 ; Lee et al., 2013). Une

traduction par *Google translate* a permis de comprendre globalement ces articles sans toutefois pouvoir y faire une analyse exhaustive (Kim et Cho Chung, 2015 ; Koo, 2011 ; Lee et al., 2013). Une partie de ces recherches n'était pas accessible, par exemple dans le cas d'un mémoire de maîtrise inédit (Kim, 2003) ou d'un article qui n'était pas accessible sur les bases de données (Kim, 2014 ; Koo, 2011 ; Lee, 2011).

Onze recherches ont été exclues : six portaient sur les étudiants en sciences infirmières sans avoir inclus un programme de formation, une sur les types de personnalités des infirmières à l'égard de leur satisfaction au travail; une autre traitait d'un programme de formation chez les clients en psychiatrie. De plus, trois recherches (Kim, 2003 ; Koo, 2011 ; Lee, 2011) ont été exclues même si elles impliquaient programme de formation, puisque ces articles n'étaient pas disponibles sur les bases de données. Donc, trois recherches portant sur un programme de formation à l'Ennéagramme en sciences infirmière ont été retenues (Kim et Cho Chung, 2015 ; Lee, 2015 ; Lee et al., 2013). Aucune recherche ne portait sur un programme de formation chez les infirmières ou les CSIs ou CPIAs. Néanmoins, vu le peu de recherches recensées, il a été jugé adéquat d'inclure à la recension une vingtaine d'écrits sur l'Ennéagramme, dont une revue systématique (Bland, 2010), issus de d'autres domaines pour justifier son utilisation à travers le développement de l'intelligence émotionnelle.

### **Contexte de transformation du réseau de santé**

En 2015, le réseau de santé québécois a amorcé une transformation de sa structure par l'entrée en vigueur de la Loi 10 (MSSS, 2015). Par la modification de l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (CISSS-CIUSSS) (MSSS, 2015; OIIQ, 2014), cette réforme vise notamment une meilleure accessibilité et qualité des soins pour la population québécoise (MSSS, 2015). Toutefois, comme toute réforme, elle peut entraîner des impacts négatifs sur la santé du personnel, notamment les infirmières. Cette section décrit les impacts des réformes sur la santé mentale des infirmières, les impacts des compétences infirmières, ainsi que le rôle de l'intelligence émotionnelle en matière de maintien de la santé mentale et du développement des compétences infirmières en contexte de transformation du réseau de la santé.

## **Impacts sur la santé mentale des infirmières**

Les écrits montrent qu'en période de transformation du réseau de la santé, les infirmières pourraient développer davantage de problèmes liés à la santé mentale (Bourbonnais et al., 2005; Bourbonnais et al., 2000; Brown et al., 2006; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014; Su et al., 2009; Teo et al., 2013).

Notamment, les recherches ont démontré que les infirmières étaient plus à risque de stress (Bourbonnais et al., 2000; Brown et al., 2006; Su et al., 2009; Teo et al., 2013), car la charge de travail s'avère augmentée en raison des changements dans les environnements de travail (Bourbonnais et al., 2000; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014), notamment causés par les supplancements (Bourbonnais et al., 2000; Brown et al., 2006). Ainsi, les multiples recompositions des équipes accompagnées du manque d'expériences des nouvelles infirmières fragilisent la solidarité des équipes de travail (Bourbonnais et al., 2000). Les infirmières déplacées d'unité doivent s'intégrer à de nouvelles équipes de travail et réapprendre de nouvelles techniques de soins et routines de travail, tout en sachant qu'elles pourraient être supplantées à nouveau, causant ainsi un sentiment d'insécurité d'emploi (Bourbonnais et al., 2005; Bourbonnais et al., 2000; Brown et al., 2006). Ainsi, les différences de cultures de travail des unités de soins, de niveaux de qualifications des infirmières, de statuts d'emploi et de routines de travail causent un sentiment de perte d'identité et fragilisent le bien-être des infirmières (Bourbonnais et al., 2000).

Cette instabilité des équipes de travail est susceptible de mener à une perte de sens et de motivation au travail (Bourbonnais et al., 2000) ainsi qu'à des deuils et une diminution du sentiment d'appartenance et d'identité (Bourbonnais et al., 2000; Lavoie-Tremblay et al., 2010). De plus, les infirmières peuvent ne pas se sentir impliquées dans le processus de prise de décision à travers le travail de réorganisation (Lavoie-Tremblay et al., 2010), car les changements organisationnels sont souvent imposés aux équipes de soins (Bourbonnais et al., 2005; Bourbonnais et al., 2000; Lavoie-Tremblay et al., 2010). Parallèlement, les infirmières seraient plus à risque d'éprouver de la détresse psychologique élevée (Bourbonnais et al., 2005; Bourbonnais et al., 2000; Lavoie-Tremblay et al., 2010) causée par un manque de reconnaissance et de valorisation de la part des supérieurs, une demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle (Bourbonnais et al., 2000; Lavoie-Tremblay et al., 2010). Enfin, ces

impacts négatifs sur la santé mentale des infirmières peuvent mener à une diminution de la satisfaction au travail (Bourbonnais et al., 2000; Brown et al., 2005), à une augmentation de la durée des absences pour maladie (Bernstrom et kjekshus, 2015; Bourbonnais et al., 2000), à une augmentation de la fréquence et de la durée des absences pour un diagnostic lié à des problématiques de santé mentale (durée moyenne de 70 jours), et à une augmentation de la consommation de médicaments psychotropes et de la consommation d'alcool (Bourbonnais et al., 2000).

Les réformes de soins de santé génèrent ainsi un contexte perpétuel et inévitable de défis liés à la complexité grandissante des soins (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2015a). Ces circonstances mettent à l'avant plan l'importance de l'exercice des compétences infirmières à l'égard de la santé des infirmières (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2013 ; Cummings et al. 2005; Cummings et al., 2010) et de la qualité et sécurité des soins dans le système de santé (AIIC, 2015a ; Grossman et Valiga, 2009 ; Roussel, 2013).

### **Impacts des compétences infirmières sur la santé des infirmières et la qualité des soins**

Premièrement, l'exercice des compétences infirmières est associé à une amélioration de la santé émotionnelle des infirmières (Cummings et al., 2010), de la satisfaction au travail des infirmières (AIIAO, 2013 ; Cummings et al. 2005 ; Cummings et al., 2010), du taux de rétention des infirmières (AIIAO, 2013), et du sentiment d'appartenance à l'organisation (AIIAO, 2013 ; Cummings et al., 2010). De plus, l'exercice des compétences infirmières contribue à une diminution de l'absentéisme au travail (Cummings et al., 2010) et de d'épuisement professionnel chez le personnel soignant (AIIAO, 2013 ; Cummings et al. 2005 ; Cummings et al., 2010).

Deuxièmement, le déploiement des compétences infirmières contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (AIIC, 2008, 2015a ; Cummings et al., 2010; Dicenso et Bryant-Lukosisus, 2010 ; Cunningham et Kitson, 2000a, 2000b ; Durand et Laflamme, 2016 ; National Association of Clinical Nurse Specialists, 2013 ; OIIQ, CDM et OPQ, 2015). Notamment, le leadership des infirmières et leur créativité sont essentiels en contexte de transformation de l'organisation des soins de santé afin d'offrir une qualité supérieure des soins (AIIAO, 2007, 2013 ; Fischer, 2016 ; Grossman et Valiga, 2009 ; Moss, 2005 ; Roussel, 2013). Parallèlement, celles-ci permettent de diminuer les coûts en soins de santé et augmenter

l'efficacité des soins (AIIC, 2015a ; Dias, Chambers-Evans et Reidy, 2010; Roy, Champagne et Michaud, 2003; Vosit-Steller et Morse, 2014).

Par ailleurs, les auteurs s'accordent qu'avoir une intelligence émotionnelle développée pourrait également alléger les impacts sur la santé mentale des infirmières (Cummings et al., 2005; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2007, 2014; Smith et al., 2009) tout en soutenant l'exercice des compétences infirmières en contexte de travail chaotique et difficile (Cummings et al., 2010 ; Cummings et al., 2005 ; Smith et al., 2009).

### **Intelligence émotionnelle**

En contexte de transformation du réseau de la santé, l'intelligence émotionnelle pourrait aider à maintenir la santé mentale des infirmières (Cummings et al., 2005; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2007, 2014; Smith, et al. 2009) et soutenir leurs compétences professionnelles (Cummings et al., 2010 ; Cummings et al., 2005 ; Smith et al., 2009). Cette section présente la définition de l'intelligence émotionnelle, son rôle en matière de santé mentale des infirmières et de compétences infirmières, ainsi que son développement.

#### **Définition de l'intelligence émotionnelle**

Plusieurs définitions de l'intelligence émotionnelle existent dans la littérature (Smith et al., 2009). La définition de Goleman et al. (2002) a été retenue dans le cadre de cette recherche, parce qu'elle provient de la théorie ayant le plus influencé les recherches en sciences infirmières (Akerjordet et Severinsson, 2010 ; Cadman et Brewer, 2001 ; Cummings et al., 2005 ; Herbert et Edgar, 2004 ; Moss, 2005 ; O'Connor, 2008 ; Roussel, 2013 ; Smith et al., 2009 ; Stichler, 2006 ; Triola, 2007 ; Vitello-Cicciu, 2002, 2003). Selon Goleman et al. (2002), l'intelligence émotionnelle se définit comme la compétence de reconnaître et de faire progresser la compréhension de ses propres émotions et celle des autres ; de bien les gérer envers soi-même et les autres dans le but de motiver sa propre personne et les autres vers un but commun. Elle implique les capacités qui déterminent la façon dont la personne se gère elle-même (conscience de soi et gestion de soi) et gère ses relations avec son environnement (intelligence interpersonnelle et gestion des relations) (Goleman et al., 2002).

## **Intelligence émotionnelle et santé mentale des infirmières**

Les auteurs s'accordent qu'une intelligence émotionnelle développée pourrait minimiser les impacts liés au stress causé par les environnements de travail difficiles (Akerjordet et Severinsson, 2007; Cummings et al., 2005; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2007, 2014; Smith et al., 2009).

Une revue systématique des écrits scientifiques (Akerjordet et Severinsson, 2007) met de l'avant que les infirmières ayant un haut niveau d'intelligence émotionnelle pourraient mieux s'adapter au stress lié à la transformation du réseau de la santé, en régulant leurs émotions et en mobilisant leurs ressources/stratégies de coping, pour ainsi maintenir leur santé mentale et leur bien-être. En effet, l'intelligence émotionnelle pourrait aider à réduire le stress chez les infirmières (Littlejohn, 2012; Smith et al., 2009) en favorisant une meilleure régulation émotionnelle chez celles-ci (Akerjordet et Severinsson, 2007; Por, Barriball, Fitzpatrick et Roberts, 2011). À cet égard, l'intelligence émotionnelle implique l'habileté de se réguler face à nos propres réactions émotionnelles et celles des autres (Salovey et Mayer, 1990). Sur ce point, les travaux de Montes-Berges et Augusto-Landa (2014) ont mis en évidence que l'*emotional clarity* aurait un effet protecteur sur la santé mentale et le bien-être des infirmières. L'*emotional clarity* se définit comme la capacité de la personne à non seulement être conscient de ses émotions, mais aussi d'être en mesure de les gérer (Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014). Également l'*emotional self-repair* aurait des effets positifs à l'égard de la satisfaction dans la vie chez les infirmières. L'*emotional self-repair* se réfère à la capacité de la personne d'interrompre un état émotionnel négatif pour demeurer dans un état émotionnel positif (Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014). Ainsi, les infirmières, qui essaient d'augmenter/maintenir un état émotionnel positif et de réduire/éliminer leurs émotions négatives, ont rapporté une plus haute satisfaction dans leur vie et leur bien-être (Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014). D'ailleurs, une meilleure régulation des émotions permettrait de maintenir un état émotionnel positif chez les infirmières malgré le contexte/environnement de travail difficile (Akerjordet et Severinsson, 2007; Cummings et al., 2005) et la charge élevée de travail, en gérant/régulant les émotions négatives avant qu'elles ne puissent nuire à leur santé (Augusto-Landa et al., 2008 ; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014). Par ailleurs, la reconnaissance des émotions peut conduire à une évaluation constructive de celles-ci, puis mener à la formulation de stratégies de coping efficaces (Por et al., 2011). En ce sens, l'intelligence émotionnelle permet d'améliorer le bien-

être par la mise en place de stratégies actives de résolution de problèmes et la recherche de support social pour faire face au stress (Akerjordet et Severinsson, 2007; Por et al., 2011). La recherche de soutien social est considérée comme une stratégie de coping pouvant améliorer la santé mentale et diminuer le stress lié à l'environnement de travail (Montes-Berges et Augusto-Landa, 2007).

Enfin, l'intelligence émotionnelle peut non seulement aider les infirmières à minimiser les impacts du stress, mais aussi soutenir le développement des compétences infirmières à travers les contextes de travail chaotiques et difficiles (Smith et al., 2009).

### **Compétences infirmières**

A travers les contextes de travail chaotiques, l'intelligence émotionnelle soutient la santé mentale des infirmières et l'exercice optimal des compétences infirmières (Cummings et al., 2010 ; Cummings et al., 2005 ; Smith et al., 2009). D'abord, la définition de la compétence infirmière sera présentée, puis le rôle de l'intelligence émotionnelle à travers leur exercice en contexte de transformation du réseau de la santé.

**Définition de compétence infirmière.** Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur la définition des compétences infirmières au sein des grands référentiels et auteurs, plusieurs caractéristiques communes en émergent à travers de nombreuses compétences. La Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal s'est basée sur la définition de la compétence selon Tardif (2006) : un savoir-agir complexe impliquant la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur des situations. Dans le cadre de ce mémoire, les compétences infirmières sont définies sur la base des deux grands référentiels de compétences de la FSI de l'Université de Montréal, soit au premier cycle, celui du baccalauréat (FSI, 2015) et soit au deuxième cycle, celui de la pratique infirmière avancée (FSI, 2017). Étant donné la continuité du développement des compétences, de l'infirmière clinicienne novice à la pratique avancée, les compétences avancées en sciences infirmières se construisent sur les acquis des compétences de premier cycle. Sur ce point, les CSIs ayant un baccalauréat se réfèrent au référentiel des compétences du premier cycle, tandis que les CPIAs se réfèrent au référentiel du deuxième cycle d'étude. Toutefois, les CSIs ont une fonction d'accompagner les apprentissages des nouveaux employés (FIQ, 2016), mais la compétence de soutien aux apprentissages ne figure pas dans le référentiel du premier cycle.

**Rôle de l'intelligence émotionnelle dans les compétences infirmières.** Globalement, l'intelligence émotionnelle favorise l'exercice des compétences infirmières, telles que le raisonnement clinique (Freshwater et Stickley, 2004), le leadership clinique (Cummings et al., 2010 ; Smith et al., 2009), le professionnalisme (Grossman et Valiga, 2013), la collaboration interprofessionnelle (Quoidbach et Hansenne, 2009), le soutien aux apprentissages (Freshwater et Stickley, 2004) et l'agir avec humanisme (Smith et al., 2009). De nombreux auteurs se sont intéressés au rôle de l'intelligence émotionnelle au sein des compétences infirmières. Toutefois, en contexte de transformation du réseau de la santé, les recherches sur le rôle de l'intelligence émotionnelle au sein des compétences portent majoritairement sur le leadership (Cummings et al., 2005; Cummings et al., 2010; Smith et al., 2009).

**Leadership.** La compétence de leadership se développe par l'intelligence émotionnelle (Akerjordet et Severinsson, 2010 ; Bawafaa, 2014 ; Codier, Kamikawa et Kooker, 2011 ; Cummings et al., 2010 ; Cummings et al., 2008 ; Goleman et al., 2002 ; Grossman et Valiga, 2009, 2013 ; Lucas, Spence Laschinger et Wong, 2008 ; Moss, 2005 ; Roussel, 2013 ; Smith et al., 2009). En contexte de transformation, un leadership impliquant une intelligence émotionnelle développée est le plus souhaitable car il permet de diminuer les conflits, le stress, l'anxiété et l'épuisement professionnel au sein des équipes (Cummings et al., 2010). Ceci résulte du fait que ces leaders créent plus facilement un lien de confiance avec les employés/équipes en reconnaissant leur vécu et leurs préoccupations cours des moments difficiles (Cummings et al., 2010). Ainsi, les employés/équipes partagent plus facilement leurs difficultés professionnelles (Cummings et al., 2010). En conséquence, le leader est en mesure de supporter les employés à travers le développement de leurs compétences, tous orientés vers un même but commun : la qualité/excellence des soins (Cummings et al., 2010 ; Smith et al., 2009).

Dans le même sens, les infirmières travaillant pour des leaders dotés d'une intelligence émotionnelle développée ont rapporté avoir une meilleure santé émotionnelle en ayant moins de fatigue émotionnelle et de symptômes psychosomatiques (AIIAO, 2013 ; Cummings et al., 2005). De plus, celles-ci ont dénoté une plus grande collaboration entre elles et avec les médecins et davantage de satisfaction avec la supervision de leur travail que les infirmières dirigées par des leaders ayant une intelligence émotionnelle faible (Cummings, et al., 2005). Par conséquent, l'exercice d'un leadership empreint d'intelligence émotionnelle permet de favoriser

la motivation des équipes (Cummings et al., 2005), la qualité de vie au travail (Cummings et al., 2005), la satisfaction chez les infirmières (Cummings et al., 2010), la rétention du personnel (Bawafaa, 2014, Cummings et al., 2010 ; Goleman et al., 2002), la santé et le bien-être des infirmières (Cummings et al., 2005).

***Jugement clinique.*** La compétence de raisonnement clinique implique l'intelligence émotionnelle dans le processus de prise de décision clinique de l'infirmière, en reconnaissant et analysant ses propres émotions et celles des clients (Smith et al., 2009). En tant qu'indicateur chez l'infirmière détenant une bonne connaissance de soi, les émotions permettent d'inclure la dimension éthique aux soins (Smith et al., 2009). Étant plus empathique et centrée sur les besoins de nature tant physique que psychologique des clients, l'infirmière utilise ses émotions pour évaluer une situation critique et prendre une décision clinique (Smith et al., 2009). Ainsi, l'intelligence émotionnelle développée influence positivement la planification et l'évaluation des soins en identifiant les besoins émotionnels des clients (Beauvais, Brady, O'Shea et Griffin, 2011), ce qui permet de dispenser des soins reconnaissant la valeur des relations humaines et aboutir à une meilleure qualité des soins (Freshwater et Stickley, 2004). Du fait qu'aucune recherche n'a porté sur les émotions, la cognition et la motivation, des recherches futures devraient porter sur l'influence des émotions de l'infirmière à l'égard des prises de décision clinique (Smith et al., 2009).

***Professionalisme.*** Le professionnalisme de l'infirmière est optimisé par le développement de l'intelligence émotionnelle (Grossman et Valiga, 2013). L'infirmière possédant une connaissance de soi développée sait reconnaître ses émotions et les réguler (Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014). Ainsi, elle est davantage en mesure de mettre en place des stratégies pour ne pas se laisser envahir par des émotions négatives (Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014) et ne pas agir en réaction à ces émotions. En conséquence, elle demeure respectueuse et professionnelle tout en maintenant des relations interpersonnelles harmonieuses. Ceci implique une réflexion sur soi. Sur ce point, le référentiel des compétences de la FSI de l'Université de Montréal (FSI, 2015) a identifié que l'ouverture à la réflexion à soi, sa propre santé et sur sa pratique est un indicateur de cette compétence. L'ouverture à la réflexion à soi est la première étape permettant une meilleure connaissance de soi. Elle permet la reconnaissance

des émotions, puis la gestion de celles-ci pour qu'elles n'affectent pas négativement le professionnalisme de l'infirmière (Phaneuf, 2011).

***Collaboration interprofessionnelle.*** Le développement de l'intelligence émotionnelle favorise le déploiement de la compétence de collaboration interprofessionnelle (Carson, Carson, Fontenot et Burdin, 2005 ; Codier, Kooke et Shoultz, 2008 ; Codier, Muneno et Freitas, 2013 ; Guoidbach et Hansenne, 2009). Les membres d'une équipe étant capable de maintenir des émotions positives sont davantage capables de s'unir pour l'atteinte d'un but commun (Guoidbach et Hansenne, 2009). À l'inverse, les émotions négatives mal gérées de la part d'un membre d'une équipe peut affecter négativement la motivation de toute l'équipe (Guoidbach et Hansenne, 2009).

***Soutien aux apprentissages.*** La compétence de soutien aux apprentissages oblige l'exercice d'une pratique réflexive pour améliorer sa propre pratique de coapprentissage (FSI, 2017). Ainsi, l'infirmière doit effectuer une réflexion sur elle-même, donc mobiliser ses savoirs personnels (Carper, 2004), pour améliorer la manière dont elle soutient les apprentissages collaboratifs dans son milieu de pratique (FSI, 2017). Également, enseigner la relation thérapeutique empreint d'humanisme ne peut s'effectuer que lorsque celle-ci agit, en tant que modèle de rôle, avec empathie auprès de ses étudiants, qui eux à leur tour développeront des attitudes positives envers leurs clients (Freshwater et Stickley, 2004).

***Agir avec humanisme.*** La compétence de l'agir avec humanisme (FSI, 2015) signifie d'imprégner sa pratique holistique d'empathie (Freshwater, 2004 ; McQueen, 2004 ; Smith et al., 2009). L'infirmière doit bien connaître ses propres valeurs et ses sentiments dans la relation avec la personne pour favoriser l'utilisation thérapeutique de soi, afin d'établir un partenariat thérapeutique (Carper, 1978, 2004 ; Chinn et Kramer, 2015 ; Tracy, 2014). En ce sens, l'intelligence émotionnelle permettrait aux infirmières de développer des relations thérapeutiques pour les clients/familles (Cadman et Brewer, 2001 ; Simpson et Keegan, 2002).

Enfin, plusieurs auteurs recommandent la mise en place de programmes de formation visant le développement de l'intelligence émotionnelle non seulement pour optimiser les compétences (Akerjordet et Sevrinsson, 2007, 2007 ; Codier et al., 2011 ; Freshwater et Stickley, 2004 ; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2007), mais aussi pour diminuer le stress chez les infirmières (Augusto-Landa et al., 2008 ; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2014).

**Développement de l'intelligence émotionnelle.** Le développement de l'intelligence émotionnelle implique l'évolution de la conscience de soi et des autres (Cadman et Brewer, 2001 ; Goleman et al., 2002, Moss, 2005 ; Smith et al., 2009 ; Vitello-Cicciu, 2003) par des activités éducationnelles, impliquant notamment les modèles de personnalité (Daft, 2010).

Premièrement, les activités éducationnelles favorisant l'approfondissement de l'intelligence émotionnelle reconnues sont : la réflexion des apprenants, l'intégration de connaissances interdisciplinaires et des pratiques de mentorat utilisé en tant qu'opportunités d'enseignement et d'apprentissage à l'aide d'un processus réflexif (Akerjordet et Severinsson, 2004, 2007; Freshwater et Stickle, 2004, Smith et al., 2009). Plus précisément, Akerjordet et Severinsson (2004) se sont intéressés à l'expérience liée à l'intelligence émotionnelle chez les infirmières travaillant en santé mentale dans leur pratique infirmière à l'aide d'entretiens qualitatifs. Un de leurs résultats concerne l'utilisation du mentorat pour le développement de l'intelligence émotionnelle (Akerjordet et Severinsson, 2004). En effet, à l'aide d'un processus réflexif, le mentorat permet un développement significatif de l'intelligence émotionnelle par le déploiement de la conscience de soi, de la gestion de soi et par une meilleure capacité de communication (Akerjordet et Severinsson, 2004).

Deuxièmement, pour développer l'intelligence émotionnelle, les modèles de la personnalité sont utilisés pour optimiser les compétences (Daft, 2010 ; Judge et al., 2002 ; Phaneuf, 2015 ; Roussel, 2013). En effet, les compétences infirmières seraient grandement influencées par l'intelligence émotionnelle et les traits de personnalité (Beauvais et al., 2011 ; Heydari, Kareshki et Armat, 2016 ; Smith et al., 2009). Parmi les modèles de personnalité reconnus, le modèle de l'Ennéagramme s'avère prometteur en matière d'optimisation de l'intelligence émotionnelle, en favorisant le développement d'une meilleure conscience de soi (Bland, 2010; Goldberg, 1999 ; Lapid-Bodda, 2004, 2007 ; Levine, 1999 ; Luckcock, 2007, 2010 ; Matise, 2007; Palmer, 2014, Salmon, 2012 ; Shannon et al., 1999).

En somme, la recension met en lumière les impacts sur la santé des infirmières et l'importance des compétences en contexte de transformation du réseau de la santé. Également, elle a permis d'exposer le rôle de l'intelligence émotionnelle pour le maintien de la santé mentale des infirmières et l'exercice de leurs compétences.

## **Ennéagramme**

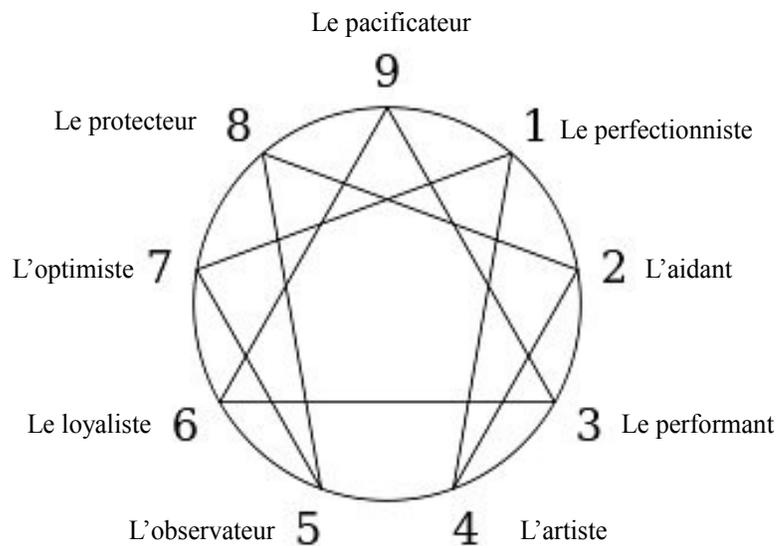
Cette section de la recension comprend la description du modèle de l'Ennéagramme ainsi que les recherches, en sciences infirmières portant sur un programme de formation, basées sur ce modèle.

### **Description du modèle**

L'Ennéagramme est un modèle dynamique de compréhension de la personnalité permettant de mieux comprendre le fonctionnement des personnes en favorisant le développement de la conscience de soi et des autres (De Lassus, 1997 ; Matise, 2007 ; Riso et Hudson, 1999 ; Salmon, 2012 ; Shannon et al., 1999). Il permet non seulement d'aider les personnes à mieux comprendre leur personnalité, mais aussi de développer de l'empathie pour les autres types de personnalité (De Lassus, 1997 ; Riso et Hudson, 1999).

De racine grecque, le mot « Ennéagramme » signifie « figure à 9 points » (Bland, 2010). En effet, c'est une représentation schématique qui représente neuf types de personnalités, correspondant à neuf manières de voir le monde par lesquelles les personnes peuvent ressentir leurs émotions, penser et se comporter (Lapid-Bogda, 2004, 2007 ; Riso et Hudson, 1999). Ce modèle représente principalement des types de personnalité et non des troubles de personnalité (Bland, 2010). La Figure 1 présente le modèle de l'Ennéagramme.

Figure 1 : Le modèle de l'Ennéagramme



De manière générale, les auteurs s'accordent sur la description des neuf types de personnalité dans les ouvrages recensés (Bland, 2010 ; De Lassus, 1997 ; Goldberg, 1999 ; Lapid-Bogda, 2004, 2007, 2010 ; Levine, 1999 ; Palmer, 2014 ; Riso et Hudson, 1999 ; Salmon, 2012). Le tableau 1 présenté ci-dessous décrit sommairement les neuf types de personnalité (Bland, 2010 ; Riso et Hudson, 1999 ; Salmon, 2012).

Tableau 1 - Description des types de personnalité

Type de personnalité	Descriptions brèves
1	Le perfectionniste désire collaborer à mettre de l'ordre dans le monde, avec une rigueur et une perfection exemplaire, en évitant l'erreur.
2	L'aidant a une grande habileté à identifier les besoins des personnes. Il sait reconnaître et refléter les qualités des autres avec une grande écoute.
3	Le performant désire être une personne exceptionnelle, efficace et gagnante. Grand travailleur déterminé, il vise l'atteinte d'objectifs.
4	L'artiste a une grande profondeur émotionnelle. Il est en mesure de se démarquer par son originalité et sa sensibilité, avec authenticité.
5	L'expert passe beaucoup de temps pour chercher des informations. Motivée par un désir d'être compétent, il accumule les connaissances.

6	Le loyaliste est responsable et préoccupé à assurer la sécurité. Le doute et les scénarios catastrophes lui permettent de bien questionner une situation.
7	L'optimiste est orienté à planifier le plaisir et à générer de nombreuses options afin de mener une vie fabuleuse avec le moins de souffrance.
8	Le protecteur est confiant, honnête et direct. Il est attiré par les situations de pouvoir, de justice, d'autorité et de protection des plus faibles.
9	Le pacificateur détient la capacité de réunir tous les points de vue pour arriver à un consensus afin qu'il n'y ait pas de conflit, visant la paix.

**Intelligence émotionnelle et Ennéagramme.** Les auteurs mentionnent rarement de manière explicite les apports de l'Ennéagramme à l'égard de l'intelligence émotionnelle (Chestnut, 2017 ; Lapid-Bogda, 2007, 2010 ; Ormond, 2007; Tallon et Sikora, 2006). Toutefois, la très grande majorité des écrits soulèvent que l'Ennéagramme permet de développer la connaissance de soi (Baron et Wagele, 2009 ; Bartlett, 2003 ; Bland, 2010 ; Chestnut, 2017 ; Delvo, 2015 ; Lapid-Bogda, 2004, 2007, 2010 ; Palmer, 2014 ; Riso et Hudson, 1999 ; Salmon, 2012), la conscience de soi (Bland, 2010 ; Chestnut, 2017 ; Lapid-Bogda, 2007 ; Riso et Hudson, 1999), la gestion de soi (Lapid-Bogda, 2007, 2011), l'intelligence interpersonnelle (Chestnut, 2017 ; Lapid-Bogda, 2004, 2007, 2010), la gestion des relations (Chestnut, 2017 ; Lapid-Bogda, 2004, 2007, 2010), la résolution des conflits (Bland, 2010 ; Goldberg, 1999 ; Lapid-Bogda, 2004, 2007 ; Taylor, 2013). Ainsi, ces écrits réfèrent indirectement aux capacités qui sous-tendent l'intelligence émotionnelle évoquées par Goleman et al. (2002) : l'intelligence émotionnelle implique les capacités déterminant la façon dont la personne se gère elle-même (conscience de soi et gestion de soi) et gère ses relations avec son environnement (intelligence interpersonnelle et gestion des relations).

**Utilisation de l'Ennéagramme.** Ce modèle est utilisé pour favoriser le travail d'équipe efficace (Ball, 2009 ; Bland, 2010 ; Goldberg, 1999 ; Lapid-Bogda, 2004, 2007). Notamment, il permet une meilleure compréhension des motivations et des comportements des collègues de travail (Goldberg, 1999). Ainsi, il contribue à adapter la communication et la manière de donner de la rétroaction en fonction du type de personnalité, ayant pour conséquence de résoudre plus

efficacement les conflits (Goldberg, 1999 ; Lapid-Bogda, 2007). Également, il peut optimiser le leadership dans les contexte de transformation de la structure organisationnelle du travail, particulièrement en gestion, en raison de l'arrivée des nouvelles technologies et des changements constants (Chestnut, 2017 ; Delvo, 2015 ; Lapid-Bogda, 2004, 2007 ; Luckcock, 2010 ; Perry, 1997). Notamment, il serait utilisé dans des programmes de coaching exécutif pour optimiser le leadership par une meilleure conscience de soi (Devo, 2015 ; Lapid-Bogda, 2010) et par une meilleure maîtrise de soi (Lapid-Bogda, 2007). A ce sujet, l'Ennéagramme permet de développer la maîtrise de soi définie comme étant la capacité de comprendre, d'accepter de transformer les pensées, les émotions et les comportements en une opportunité de développement de soi (Lapid-Bogda, 2007). Cette meilleure maîtrise de soi implique justement la conscience de soi (Lapid-Bogda, 2007). Sur ce point, l'Ennéagramme peut aider à identifier les pensées, les émotions et les comportements durant qu'ils se produisent, à la lumière des différents types de personnalité (Lapid-Bogda, 2007 ; Riso et Hudson, 1999).

C'est pourquoi à travers le monde, la pertinence de l'Ennéagramme a été soulevé à travers de nombreuses disciplines, dont la gestion (Bland, 2010 ; Chestnut, 2017 ; Delvo, 2015 ; Lapid-Bogda, 2007), l'éducation (Bland, 2010 ; Levine, 1999; Luckcock, 2007), le travail social (Bland, 2010), la psychothérapie (Bland, 2010 ; Bartlett, 2003), la médecine (Komasi, Soroush, Nazeie, Saeidi et Zakiei, 2016) et plus récemment les sciences infirmières (Ball, 2009 ; Bland, 2010). En effet, l'Ennéagramme a gagné en popularité en sciences infirmières au cours des dernières années (Bland, 2010), en particulier en Corée du Sud (Kang, 2015; Kim, 2003; Kim, 2014; Kim et Cho Chung, 2015; Kim et al., 2005; Koo, 2011; Lee, 2007, 2011, 2015; Lee et al., 2013; Oh, 2005 ; Park, 2009 ; Park et Choi, 2013 ; Park et Ha, 2014 ; Shin, 2016 ; Son, 2012).

### **Ennéagramme en sciences infirmières**

En sciences infirmières, les recherches réalisées sur l'utilisation du modèle de l'Ennéagramme ont été effectuées en Corée du Sud (Kang, 2015; Kim, 2003; Kim, 2014; Kim et Cho Chung, 2015; Kim et al., 2005; Koo, 2011; Lee, 2007, 2011, 2015; Lee et al., 2013; Oh, 2005 ; Park, 2009 ; Park et Choi, 2013 ; Park et Ha, 2014 ; Shin, 2016 ; Son, 2012). Une proportion importante des recherches ont été développée dans le domaine de l'enseignement des sciences infirmières (Kim, 2003 ; Kim, 2014 ; Kim et Cho Chung, 2015 ; Kim et al., 2005 ; Koo,

2011 ; Lee, 2007, 2011, 2015 ; Lee et al., 2013; Oh, 2005 ; Park et Choi, 2013 ; Park et Ha, 2014 ; Shin, 2016 ; Son, 2012). Plusieurs de ces recherches n'étaient disponibles qu'en coréen, limitant ainsi la possibilité de faire une critique approfondie.

Ces recherches quantitatives mettent en évidence qu'un programme de formation sur l'Ennéagramme diminue l'anxiété (Koo, 2011), améliore la connaissance de soi (Kim et Cho Chung, 2015), l'acceptation de soi (Lee et al., 2013); la conscience de soi (Lee, 2015), la communication (Lee, 2015), les relations interpersonnelle (Kim et Cho Chung, 2015; Lee, 2015) et le leadership de soi (Kim et Cho Chung, 2015). Trois recherches parmi les six n'ont pas été retenues (Kim, 2003 ; Koo, 2011 ; Lee, 2011) en raison de la non disponibilité de ces articles sur les bases de données. De plus, le besoin de réaliser des recherches qualitatives a été soulevé pour pallier aux limites de la méthodologie quantitative lors de la mesure des effets d'un programme de formation basé sur l'Ennéagramme (Lee, 2015).

**Ennéagramme auprès des étudiants en sciences infirmières.** Cette section de la recension porte sur les trois recherches recensées portant sur un programme de formation à l'Ennéagramme auprès des étudiants en sciences infirmières dans le but d'optimiser certaines compétences (Kim et Cho Chung, 2015; Lee, 2015; Lee et al., 2013).

La recherche effectuée par Lee et al. (2013) visait à examiner les effets d'un programme de formation basée sur le modèle de l'Ennéagramme sur la connaissance de soi et les symptômes de dépression chez les étudiants en sciences infirmières. Cet article, publié en coréen, a pu être analysé grâce au contenu disponible en anglais, soit le résumé, les tableaux et le contenu du programme de formation. Cette recherche quasi-expérimentale avec un groupe témoin non-équivalent, pré-test et post-test, incluait un total de 63 étudiants, situés entre la deuxième et la quatrième année du cursus académique universitaire (Lee et al., 2013), ce qui correspond au baccalauréat en sciences infirmières au Québec sans une quatrième année de formation. Aucune précision n'a été donnée sur la formation dispensée au groupe témoin. Le groupe expérimental impliquait une participation volontaire sans autre critère d'inclusion. Le groupe expérimental a participé à un programme de formation sur le modèle de l'Ennéagramme d'une durée de 38 heures, dispensé sur huit séances, en six semaines (Lee et al., 2013). Toutes les séances de formation comprenaient un contenu théorique et des discussions en groupe comme stratégies d'apprentissage (Lee et al., 2013).

Tableau 2 – Programme de formation (Lee et al., 2013)

Séances	Contenus	Durée (heure)
1	Modèle de l'Ennéagramme (test de personnalité)	2
2	Explorer le type de personnalité de l'étudiant	2
3	Conscience de soi par l'exploration des neuf types de personnalité, les ailes et les flèches	5
4		5
5	Développement personnel	10
6		4
7	Développement de la compétence en leadership	4
8	Stratégies de développement personnel	4

Les résultats de cette recherche n'ont pas permis d'établir de lien significatif entre le programme de formation et les symptômes de dépression ( $p=0.257$ ). En contrepartie, les résultats ont indiqué que l'Ennéagramme pourrait aider les étudiants en soins infirmiers à mieux se connaître ( $p$  global=0.049) et plus précisément, à mieux s'accepter de manière positive ( $p=0.086$ ). Conséquemment, les auteurs proposent que le modèle de l'Ennéagramme puisse aider les étudiants à traverser les situations stressantes vécues à travers leur cursus académique (Lee et al., 2013). Ainsi, cette recherche tend à montrer qu'un programme de formation à l'Ennéagramme pourrait favoriser la confiance des étudiants en sciences infirmières à l'aide d'une compréhension et acceptation plus profonde et plus positive d'eux-mêmes grâce au programme de formation sur le modèle de l'Ennéagramme (Lee et al., 2013).

Ensuite, un autre chercheur coréen, Lee (2015), s'est intéressé à vérifier les effets d'une formation basée sur le modèle de l'Ennéagramme, à l'égard de la conscience de soi, de la compétence de communication et des relations interpersonnelles. Il s'agit d'une recherche quasi-expérimentale avec des groupes non équivalents, pré-test et post-test comprenant dix étudiants chacun, tous en quatrième année de leur programme de formation universitaire (Lee, 2015), soit l'équivalent du baccalauréat au Québec. Les participants du groupe expérimental ont suivi une formation basée sur le modèle de l'Ennéagramme durant deux semaines et demie pour un total de 16h réparties en huit sessions, deux ou trois fois par semaine pendant 120 minutes par session en utilisant un journal réflexif journalier, de l'enseignement théorique, des activités de groupe, des présentations et des discussions en groupe (Lee, 2015). La *Self-Consciousness Scale*

développée par Fenigstein, Scheier et Buss (1975), et adaptée par Kim (2002) a été utilisée. Le groupe expérimental a augmenté de 6.70 points, comparativement au groupe contrôle avec 0.20 point sur cette échelle détenant une fiabilité acceptable (coefficient d'alpha de Cronbach de 0.81) pour cette recherche. Ensuite, la *Interpersonal Communication Competence Scale* (Rubin, 1990), dont la fiabilité de cet outil a été démontrée (coefficient d'alpha de Cronbach de 0.80) pour cette recherche, a permis d'évaluer la compétence en communication. Le groupe expérimental a augmenté de 16.70 points, alors que le groupe contrôle a augmenté de 2.90 points. Enfin, la *Relationship Change Scale* développée par Guerney (1977) et adaptée par Moon (1980), a servi à évaluer la compétence de relations interpersonnelles. Sa fiabilité a été prouvée (coefficient d'alpha de Cronbach de 0.89). Le groupe expérimental a augmenté de 15 points tandis que le groupe contrôle de 0.70 point. Globalement, les résultats de cette recherche montrent ainsi un effet significatif ( $p$  global = 0.000) sur la conscience de soi, la compétence de communication et les relations interpersonnelles chez participants du groupe expérimental, ayant reçu la formation sur l'Ennéagramme (Lee, 2015). En conclusion, Lee (2015) recommande qu'une formation sur l'Ennéagramme soit incluse dans le cursus académique des sciences infirmières, afin que les futurs étudiants aient une haute conscience d'eux-mêmes, des habiletés de communication et de relations interpersonnelles afin de favoriser leur développement professionnel (Lee, 2005). Également, il rappelle la nécessité de réaliser des recherches qualitatives pour pallier aux limites de la méthodologie quantitative lors de la mesure des effets de l'Ennéagramme (Lee, 2015). À l'instar de Lee et al., (2013), la recherche réalisée par Lee (2015) tend aussi à montrer que l'Ennéagramme peut favoriser les habiletés de communication et les relations interpersonnelles.

Dans la même perspective, Kim et Cho Chung (2015) ont exploré une dimension complémentaire aux travaux de Lee (2015), et de Lee et al. (2013) : le leadership. Publiée en coréen, cette recherche comprenait le résumé et les détails du programme de formation en langue anglaise, permettant ainsi une analyse globale de la qualité et des retombées de celle-ci (Kim et Cho Chung, 2015). Leur recherche, publiée dans le *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, porte sur l'identification des effets du programme coréen du modèle de l'Ennéagramme sur les relations interpersonnelles et le leadership de soi des étudiants en première année universitaire en sciences infirmières (Kim et Cho Chung, 2015), ce qui correspond à la première année du baccalauréat au Québec. Le leadership de soi est un processus à travers lequel la personne se motive par elle-même, à l'aide de stratégies cognitives et la

gestion de ses comportements, afin d'influencer positivement son efficacité et sa performance personnelle vers un but spécifique (Neck et Houghton, 2006). L'échantillon est constitué de 29 étudiants dans le groupe expérimental recevant la formation sur l'Ennéagramme et de 28 étudiants dans le groupe contrôle. Le groupe contrôle était lui aussi constitué d'étudiants de première année de plusieurs écoles d'infirmière universitaires de la même ville que le groupe expérimental. À l'égard de la formation, les chercheurs ont détaillé le *Korean Enneagram Program* en présentant dans un tableau les thèmes, les objectifs, le contenu de la formation et les minutes accordées au contenu ainsi que les activités d'apprentissage. La durée totale de la formation est de 24 heures, divisée en huit sessions de trois heures chacune. Ces dernières portent majoritairement sur la compréhension de soi et des autres, ainsi que sur la compréhension du changement de soi et des autres (Kim et Cho Chung, 2015). Les trois objectifs du programme de formation sont : le développement de la connaissance de soi, le développement de la relation interpersonnelle et le développement du leadership de soi. La septième session porte sur la croissance personnelle dans laquelle l'objectif est le développement du leadership de soi dans lequel on y retrouve les stratégies de développement en fonction des types de personnalité, l'explication du message du surmoi ainsi qu'un groupe d'activité et de discussion (Kim et Cho Chung, 2015). Les résultats de cette recherche indiquent que le programme de formation proposé a un effet significatif sur l'amélioration de la connaissance de soi ( $p < 0.001$ ), les relations interpersonnelles ( $p = 0.002$ ) et le leadership de soi ( $p = 0.007$ ) chez les étudiants en sciences infirmières en première année universitaire (Kim et Cho Chung, 2015).

En résumé, la majorité des recherches en sciences infirmières ont été effectuées auprès d'une population d'étudiants en sciences infirmières et dans des contextes culturels et géographiques orientaux. Seulement six recherches quantitatives ont porté sur les effets d'un programme de formation. À ce jour et à notre connaissance, aucune recherche qualitative n'a été effectuée à l'égard d'un programme de formation sur l'Ennéagramme. Également, aucune recherche n'a été effectuée en sciences infirmières en contexte occidental.

**Les limites et les critiques de l'Ennéagramme.** De manière générale, une faiblesse de ce modèle en sciences infirmières s'avère justement le manque de littérature scientifique à l'égard de son utilisation et de sa pertinence. En effet, ce modèle s'avère toujours en émergence en sciences infirmières (Bland, 2010). Face à cette lacune, plusieurs chercheurs en sciences

infirmières soulignent qu'il est important que d'autres recherches soient réalisées afin d'explorer le plein potentiel de l'Ennéagramme, notamment à l'égard des effets à long terme en général (Lee, 2015), des effets à long terme sur la santé mentale (Lee et al., 2013) et l'adaptation sociale (Koo, 2011 ; Lee et al., 2013), mais aussi sur l'estime de soi, l'anxiété et les relations interpersonnelles (Koo, 2011). Également, il a été suggéré d'utiliser une méthodologie qualitative pour pallier aux limites des recherches quantitatives (Lee, 2015). Sur ce point, en sciences infirmières, il est commandé d'utiliser plusieurs méthodes, dont la recherche qualitative pour illustrer ou à amplifier la signification des relations quantifiées (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007).

Par conséquent, la présente recherche vise à contribuer à la littérature scientifique occidentale sur l'utilisation de ce modèle en sciences infirmières. De plus, aucune formation à l'Ennéagramme n'était dispensée au Canada et aucun programme de formation n'avait été adapté au réseau québécois de la santé et des services sociaux.

### **Programme de formation**

Face à ces constats, une formation a été co-développée par l'étudiante chercheuse, en collaboration avec une infirmière clinicienne spécialisée, tout en respectant des critères de qualité et en adaptant le contenu à la réalité des CSIs et les CPIAs œuvrant dans le milieu de la santé.

### **Qualité de la formation**

L'étudiante chercheuse s'est assurée de la qualité de la formation en respectant les recommandations en développement de formation (Craig et al., 2008).

D'abord, la formation a été construite par deux infirmières détenant une expertise en développement de formation. D'abord, l'étudiante chercheuse atteste de ses compétences en andragogie de par son parcours professionnel et académique. Également, elle développe une expertise professionnelle du modèle à l'École de l'Ennéagramme du Québec, depuis 2012, en ayant complété plus de 250 heures de formation. Également, la collaboration d'une infirmière clinicienne spécialisée, Mme Hélène Racine, détentrice d'un baccalauréat et d'une maîtrise en sciences infirmières, ainsi que d'une maîtrise en administration publique, a été jugée pertinente

en raison de son parcours professionnel. Elle a su apporter des recommandations grâce à son expérience d'accompagnement en matière de développement du leadership, auprès d'employés en tant que directrice des soins infirmiers d'un établissement de santé. Son apport a favorisé l'adaptation du modèle de l'Ennéagramme au personnel du réseau de la santé.

Ensuite, le développement de cette formation suit les recommandations du *Medical Research Council* (Craig et al., 2008). Dans les meilleures pratiques de développement, d'évaluation et d'implantation d'une intervention, la meilleure pratique implique de trouver la meilleure théorie selon les résultats probants servant de base pour l'intervention, puis de tester de manière progressive et exploratoire à travers des études pilotes, pour enfin passer à la phase définitive d'évaluation (Craig et al., 2008). Dans le cadre de cette recherche, la formation s'est basée sur une révision rigoureuse de la littérature sur l'enseignement et l'utilisation du modèle de l'Ennéagramme. Selon les écrits recensés en sciences infirmières, la durée du programme de formation variait entre 16h et 38h heures, soit 24h pour Kim et Cho Chung (2015), 16h pour Lee (2015) et 38h pour Lee et al. (2013). Il aurait été pertinent de dispenser une formation d'une durée minimale de 16h. Toutefois, pour une question de faisabilité en matière de libération des CSIs et des CPIAs, la durée de formation a dû se limiter à une formation d'une journée, soit 7 h. Une fois la formation construite, celle-ci a été testée à trois reprises afin de résoudre des difficultés potentielles, tant sur le plan du contenu de la formation que des stratégies pédagogiques. Le 9 décembre 2016, la première formation pré-test a été effectuée auprès de gestionnaires du milieu de la santé (n=6), ayant par la suite formulés des recommandations. Par exemple, il a été soulevé que les caractéristiques négatives à l'égard des types de personnalité nuisaient à l'identification à un type de personnalité chez les participants. Ainsi, les caractéristiques positives des types de personnalité ont été mises de l'avant pour favoriser une approche plus constructive et moins négative. Par la suite, les 12 et 18 janvier 2017, les deuxième et troisième formations pré-tests auprès d'enseignantes en soins infirmiers issues d'un programme de technique infirmière au Cégep (n=11) ont permis de recueillir davantage de commentaires visant l'optimisation de la formation. Par exemple, le problème lié à la présentation négative des types de personnalité a été résolu : les enseignantes ont majoritairement identifié leur type de personnalité et ont apprécié la présentation des types de personnalité par des caractéristiques positives. Par ailleurs, les commentaires ont indiqué que des notions trop avancées, telles que les mécanismes de défense des types personnalité, n'était pas

adéquates pour une formation initiale. Ainsi, ces notions ont été retirées en raison de leur niveau de complexité trop grand par rapport à une formation initiale de base.

### **Déroulement de la formation**

Afin de favoriser la participation, l'étudiante chercheuse a pu, à travers une conférence en ligne et lors d'une réunion des CSIs et CPIAs, présenter la formation à venir. La formation aux CSIs et aux CPIAs a été dispensée dans trois établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal : le 21 février 2017 à l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas (n=3) ; le 22 février 2017 au centre hospitalier Lakeshore (n=6) et le 23 février 2017 (n= 5) ainsi que le 16 mars 2017 (n=5) au centre hospitalier St-Mary's. Initialement, trois formations étaient prévues. Cependant, vu l'intérêt de plusieurs CSIs et CPIAs n'ayant pas pu être présentes à l'une des trois journées, une quatrième journée, soit le 16 mars, a été ajoutée au calendrier de formation. Toutes les CSIs de niveau baccalauréat (n=16) et la CPIA de niveau maîtrise (n=1) du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont été invitées (n=17). Elles ont toutes assisté à la formation. De plus, deux participantes supplémentaires se sont jointes à la formation, soit une formatrice de niveau collégial et une étudiante en soins infirmiers de niveau baccalauréat. Cette dernière, en stage de gestion et organisation des soins, avait démontré de l'intérêt à assister à la formation sous la recommandation de sa préceptrice. Bref, un total de 19 participantes ont reçu la formation, dont toutes les CSIs et la CPIA (n=17) du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

### **Description de la formation**

La formation comprend une journée de sept heures en présentiel, comprenant deux modules de trois heures et demies chacun, suivi de quatre capsules envoyées par courriel à environ neuf jours d'intervalle suite à la formation initiale de sept heures.

Les thèmes abordés au cours de la formation comprennent : la connaissance de soi et le leadership. Le tableau 2 permet de visualiser les thèmes, les intentions pédagogiques, les contenus, les stratégies d'enseignement et le temps alloué pour chaque contenu.

Tableau 3 - Description de la formation

<b>Module</b>	<b>Thèmes</b>	<b>Intentions pédagogiques</b>	<b>Contenu/Stratégie d'enseignement</b>	<b>Durée (min.)</b>
1	Connaissance de soi	Accompagnement à travers le processus d'identification du type de personnalité	Présentation générale du modèle	15
			Domaines d'application Pertinence en sciences infirmières	15
			Types de personnalité Discussion en dyade et en grand groupe Compléter les questionnaires d'identification	90
			Ailes	30
			Flèches	30
2	Leadership	Accompagner à se questionner sur l'art d'influencer selon les types de personnalité	Révision et clarification des types de personnalité	60
			Stratégie d'influence en leadership	60
			Discussion en grand groupe	60

Le premier module vise une meilleure connaissance de soi par l'exploration de la personnalité à l'aide du modèle de l'Ennéagramme. L'intention pédagogique est d'accompagner les CSIs et les CPIAs à développer des hypothèses sur leur type de personnalité. Le contenu lié à ce thème comprend : la présentation du modèle, les domaines d'application dont celui des sciences infirmières, la description des types de personnalité, des ailes et des flèches, ainsi que des discussions en dyade et en grand groupe. De plus, des questionnaires d'identification du type de personnalité, inspirés de Baron et Wagele (1994), favorise la réflexion liée à l'identification du type de personnalité. Le deuxième module vise le thème du leadership. L'intention pédagogique cible l'accompagnement des participantes à se questionner sur l'art d'influencer les personnes selon les types de personnalité. Le contenu s'attarde aux stratégies d'influence en leadership selon les types de personnalité de l'Ennéagramme. La stratégie d'enseignement est une discussion en grand groupe.

Suite à la formation initiale, quatre capsules de formation envoyées par courriel à environ neuf jours d'intervalles abordent les quatre thèmes suivant : les quêtes selon les types de personnalité, les ailes, les flèches et les sous-types. Des questions de réflexions visent à d'approfondir l'influence de leur personnalité sur leurs comportements, leur leadership et leur communication.

### **Cadre de référence**

La conception du *Human Caring* selon Watson (1998, 2008, 2012) sert de cadre de référence dans cette recherche. Située dans le paradigme de la transformation, cette conception met de l'avant l'intentionnalité, la conscience de soi et de l'autre, l'amour inconditionnel, l'empathie et la chaleur humaine à travers une relation transpersonnelle avec l'autre (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010 ; Watson, 2008). Afin d'orienter une pratique empreinte de *caring*, Watson a développé dix facteurs caratifs qui se sont transformés en dix processus de *caritas* cliniques, soient dix énoncés ou lignes directrices pour guider l'infirmière dans l'application concrète de cette conception (Pepin et al., 2010 ; Watson, 2008). Celle-ci a été sélectionnée en raison de sa cohérence avec deux éléments centraux de cette recherche, soient l'intelligence émotionnelle, essentielle au développement de nombreuses compétences infirmières, et l'Ennéagramme.

Premièrement, la conception de Watson (1998, 2008, 2012) met de l'avant l'importance de l'intelligence émotionnelle. À cet égard, le troisième facteur *caratif*, soit de développer une sensibilité/conscience de soi et des autres, implique de la pratique réflexive pour explorer les sentiments, les valeurs et les croyances, visant une conscience de soi profonde (Watson, 1998, 2008). De plus, la seule manière de développer cette conscience de soi et de l'autre s'avère de s'engager à travers l'exploration, la reconnaissance et l'acceptation de ses propres émotions, permettant ainsi l'actualisation de soi, la croissance psychologique et l'acceptation des émotions des autres (Watson, 1998). De cette manière, cette gestion équilibrée des états émotifs permet l'expression de l'empathie. Cette capacité est liée au cinquième facteur *caratif* : la promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs (Watson, 1998). Ces notions s'avèrent intimement liées à la connaissance de soi, donc au mode de développement du savoir personnel (Carper, 2004 ; Pepin et al., 2010). L'application de la conception de Watson (2008)

met en évidence l'importance du développement de l'intelligence émotionnelle par le développement des savoirs personnels de l'infirmière et ainsi, le déploiement de nombreuses compétences infirmières, dont l'agir avec humanisme (Smith et al., 2009 ; Stickley et Freshwater, 2002), le leadership (Codier et al., 2011 ; O'Connor, 2008 ; Smith et al., 2009), le soutien aux apprentissages (Freshwater et Stickley, 2004) et la collaboration interprofessionnelle (Quoidbach et Hansenne, 2009).

Deuxièmement, cette conception s'arrime avec le modèle de l'Ennéagramme de manière cohérente de par l'importance accordée à l'empathie, à la conscience de soi et à l'unicité des personnes. En effet, le modèle de l'Ennéagramme permet non seulement d'aider les personnes à mieux comprendre et accepter leur personnalité, mais aussi de développer de l'empathie pour les autres types de personnalité (Bland, 2010 ; Riso et Hudson, 1999). Parallèlement, la conception de Watson (2008) met de l'avant l'empathie notamment dans le premier processus *caratif*, soit la pratique d'amour-bonté/compassion et équanimité permettant une conscience *caritas* (Pepin et al., 2010 ; Watson, 2008). De plus, cette conception et le modèle de l'Ennéagramme ont la similarité de s'intéresser au développement de la conscience de soi. À cet égard, l'Ennéagramme peut être utilisé comme une carte pour développer la conscience de soi et la croissance personnelle (Bland, 2010 ; Riso et Hudson, 2010). Également, la notion de conscience de soi est soulevée dans le troisième facteur *caratif* : la conscience de soi et des autres. Ainsi, la conception humaniste selon Watson (2008) et l'Ennéagramme ont en commun l'importance accordée à la connaissance de soi, qui elle, a un impact significatif sur l'exercice des compétences infirmières. Enfin, l'Ennéagramme reconnaît l'unicité des personnes, tout comme la conception selon Watson (1998, 2008, 2012), en soulignant l'importance de ne pas utiliser ce modèle de manière réductrice, en ne prenant pas en considération le caractère unique de tous et chacun. Sur ce point, l'*International Enneagram Association* (2016) a statué des lignes de conduites éthiques afin de rappeler que l'Ennéagramme est avant tout un modèle de connaissance de soi, de compassion envers les autres et d'entraide, qu'un type de personnalité ne décrit pas totalement un individu afin d'éviter les généralisations.

Pour conclure, la conception du *Human Caring* selon Watson (1998, 2008, 2012) permet à cette recherche de s'ancrer dans une perspective disciplinaire infirmière de par sa cohérence à l'égard de l'importance de l'intelligence émotionnelle. Au niveau du guide d'entrevue, les

questions visent à explorer les expériences uniques et complexes des CSIs et CPAs. De plus, cette conception guidera l'analyse et la discussion des résultats à travers une perspective humaniste.

## **CHAPITRE 3 - *Méthodologie***

Ce chapitre présente la méthodologie de cette recherche. La position épistémologique de l'étudiante chercheuse, le devis, le déroulement de la recherche, l'analyse des données, les critères de scientificité et les considérations éthiques sont présentés. La section sur le déroulement de la recherche explicite le processus de recrutement, la méthode d'échantillonnage et les outils de collectes de données.

### **Position épistémologique**

Cette recherche se base sur le paradigme épistémologique constructiviste conceptualisé par Guba et Lincoln (Avenier et Gavard-Perret, 2012 ; Guba et Lincoln, 1989). La base ontologique du paradigme constructiviste suppose l'existence de réalités multiples qui sont des « constructions mentales locales, spécifiques et contextualisées » (Sylvain, 2008, p.2). Ainsi, chacun perçoit la réalité selon ses propres valeurs et son contexte de vie. Cette position épistémologique s'avère pertinente, puisqu'elle prédispose l'étudiante chercheuse à considérer l'existence de savoirs multiples liés à un même phénomène. Ici, les perceptions des participantes sont multiples quant à la qualité, à la pertinence et aux impacts d'une formation à l'Ennéagramme sur le développement et l'exercice de leurs compétences infirmières.

### **Devis**

Cette recherche est de nature qualitative et repose sur un devis exploratoire qui permet d'explorer les perceptions des CSIs et des CPIAs quant à la qualité, à la pertinence et aux impacts d'une formation sur l'Ennéagramme à l'égard du développement et de l'exercice de leurs compétences professionnelles. De plus, ce type de devis est cohérent avec le paradigme épistémologique conceptualisé par Guba et Lincoln (1989). Sur ce point, la recherche qualitative exploratoire vise à produire des connaissances sur un phénomène inconnu (Trudel, Simard, Vonarx, 2007). Cette position épistémologique de l'étudiante chercheuse lui permet de concevoir que des diverses interprétations d'un même phénomène coexistent, soient ici les perceptions des CSIs et CPIAs.

### Déroulement de la recherche

Cette section vise à décrire le déroulement de la recherche tout en distinguant le volet recherche du volet formation. Il y est présenté : le processus de recrutement, la méthode d'échantillonnage, les outils de collecte de données, l'analyse de données et les critères de scientificité. Le Tableau 3 présente les principales étapes du déroulement de la recherche.

Tableau 4 - Déroulement de la recherche

Mois	Février 2017				Mars 2017				Avril 2017			
Semaines	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Formation de 7 heures			X			X						
Collecte de données			X			X			X	X	X	X

#### Processus de recrutement

Les participantes ont été recrutées parmi toutes les CSIs et CPIAs ayant participé à la formation à l'ennéagramme et ayant donné leur accord à être contactée par l'étudiante chercheuse. Celle-ci leur a envoyé un courriel d'invitation à la recherche aux CSIs et aux CPIAs correspondant aux critères d'inclusion. Parmi les 17 CSIs ou CPIAs formées, neuf ont accepté de participer à la recherche.

Lorsqu'une CSI ou une CPIA démontrait son intérêt pour la recherche, elle était invitée à être rencontrée (en personne ou par téléphone) dans un délai d'une semaine par l'étudiante chercheuse pour effectuer un premier contact, présenter la recherche et répondre aux questions des participantes potentielles. Ce processus permettait à l'étudiante chercheuse de s'assurer qu'elles aient compris en quoi consiste leur participation à la recherche (incluant la possibilité de se retirer du projet en tout temps et sans préjudice) afin qu'elles puissent fournir un consentement libre et éclairé lors de la signature du formulaire de consentement. Suite à l'intérêt exprimé par les participantes à prendre part à la recherche, une entrevue individuelle a été planifiée. Les CSIs et les CPIAs intéressées à participer ont signé un formulaire avant le début de l'entrevue : formulaire d'information et de consentement à la recherche (**voir Annexe A**).

## **Méthode d'échantillonnage**

Un échantillon de convenance a été choisi, malgré le risque d'avoir une moins bonne qualité d'information de la part des participantes (Miles et Huberman, 2003), car le contexte de transformation du réseau de la santé augmente la charge de travail et les participantes potentielles n'auraient peut-être pas voulu dégager du temps sur leurs heures de travail étant déjà chargées. Selon Pires (1997), le processus de saturation empirique implique de maximiser la diversité interne au cours de la collecte de données, en particulier lorsque la recherche comporte des entrevues, comme c'est le cas de la présente recherche. Ainsi, une diversification interne (Pires, 1997) dans l'échantillon a été obtenue selon les caractéristiques suivantes des participantes : les contextes de soins, les rôles des CSIs et des CPIAs et les années d'expérience professionnelle. Sur ce point, certaines CSIs et CPIAs étaient davantage orientées vers le mentorat tandis que d'autres étaient davantage en enseignement auprès d'infirmières soignantes. Cette diversité, notamment, par rapport aux milieux de pratiques et de rôle a servi à répondre à la question de recherche en fournissant une diversité de points de vue sur la manière dont pourrait être utilisé l'Ennéagramme par les CSIs et les CPIAs.

La saturation empirique implique de poursuivre la collecte des données jusqu'à ce qu'on n'obtienne plus aucune information nouvelle et qu'une redondance dans les informations recueillies soit présente (Loiselle et Profetto Mc-Grath, 2007; Pires, 1997). Aussi, du point de vue méthodologique, elle permet de transférer les résultats à l'ensemble de la population à laquelle le groupe analysé appartient (Pires, 1997). Ici, les CSIs et les CPIAs appartiennent à une grande population d'infirmières. Il n'est pas possible de transférer les résultats à toutes les catégories d'infirmières (ex : infirmières technicienne, infirmière clinicienne, infirmière-chef, etc.) vu que l'échantillon s'intéressait à un groupe spécifique, soit les CSIs et les CPIAs.

Le milieu privilégié de la recherche regroupe les installations du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal : le centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger, l'ex-hôpital général de Lachine, les installations du centre hospitalier de St. Mary, le centre d'hébergement de Dorval, le centre local de services communautaires (CLSC) de Dorval-Lachine, l'hôpital général du Lakeshore, les installations du centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal, le centre d'hébergement de Lachine, le CLSC de Pierrefonds, les installations des centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, le centre

d'hébergement de Lasalle, le CLSC du Lac-Saint-Louis, le Centre de soins prolongés Grace Dart, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD), le centre d'hébergement Nazaire-Piché, le CLSC de Lasalle, l'hôpital de Lasalle et les installations de l'hôpital Sainte-Anne. Les CSIs et les CPIAs avaient leur salaire habituel pour leur journée de travail lorsqu'elles assistaient à la formation en vertu d'une entente avec la direction des soins infirmiers (DSI) du CIUSSS. De plus, l'étudiante chercheuse est soutenue par la DSI pour faciliter le recrutement, mais la DSI n'a pas été avisée de l'identité des participantes à la recherche.

**Critères d'inclusion.** À l'égard des critères d'inclusion, les participantes devaient répondre à trois exigences :

1. Assumer un rôle de CSI ou de CPIA dans une des installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ;
2. Avoir participé à la formation sur le modèle de l'Ennéagramme dispensée par l'étudiante chercheuse ;
3. Être capable de comprendre et de s'exprimer en français. Ce critère est justifié du fait que la formation sur le modèle de l'Ennéagramme a été dispensée en français seulement.

**Description de l'échantillon.** L'échantillon est constitué de neuf participantes, âgées entre 34 et 63 ans (moyenne : 51 ans) et travaillant dans des domaines diversifiés (gériatrie, psychiatrie, chirurgie, médecine). Celles-ci avaient en moyenne 26 années de pratique comme infirmière (écart-type = 9,7) et sept années de pratique en tant que CSI ou CPIA (écart-type = 3,3). Deux participantes sur les neuf avaient obtenu un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle en sciences infirmières et les autres un baccalauréat en sciences infirmières. Même si les CSIs et les CPIAs ont un niveau différent d'étude, soit un niveau de baccalauréat pour les CSIs et un niveau maîtrise pour les CPIAs, elles ont actuellement des fonctions similaires, notamment à l'égard du rôle de soutien aux apprentissages auprès des novices et des infirmières (FIQ, 2016).

Les données issues du questionnaire sociodémographique indiquent que la majorité avait principalement, à différents degrés d'occupation, les fonctions suivantes : orientation des nouveaux employés, *coaching* clinique, évaluation des compétences, accompagnement du personnel présentant des difficultés de compétences, conception, mise à jour et dispensation de formation auprès du personnel soignant. De plus, aucune participante n'avait des connaissances préalables sur le modèle de l'Ennéagramme.

## **Outils de collecte des données**

Trois outils de collecte de données ont été utilisés : questionnaire sociodémographique, entrevue individuelles semi-structurée et journal de bord de l'étudiante chercheuse.

**Questionnaire sociodémographique.** D'abord, un questionnaire sociodémographique a été rempli par chacune des participantes au début de l'entretien (**voir Annexe B**). Ces données ont permis de décrire l'échantillon de la recherche dans une visée de transférabilité des résultats. Ce questionnaire a permis de documenter entre autres, l'âge, le sexe, le lieu de pratique, le niveau de formation, les fonctions effectuées en tant que CSI ou CPIA, le milieu de pratique (ex :géronologie), le nombre d'années d'exercice en tant qu'infirmière et en tant que CSI ou CPIA et la présence de connaissances antérieures du modèle de l'Ennéagramme des participants.

**Entrevue individuelle semi-structurée.** Entre six et huit semaines après la formation, les neuf participantes ont été rencontrées pour une entrevue individuelle semi-structurée (Savoie-Zajc, 2009), enregistrée sur bande audionumérique et d'une durée variant entre 19 minutes et 102 minutes (moyenne = 62 minutes, écart-type = 28 minutes). Les entrevues ont eu lieu durant le temps de travail rémunéré des participantes, dans un bureau fermé à l'installation du CIUSSS leur convenant le mieux. Afin de préparer les participantes à cette rencontre et de soutenir leur capacité à fournir des exemples concrets lors de l'entrevue, un courriel, comprenant les thèmes de l'entrevue et des exemples de questions, a été envoyé une semaine avant la rencontre. Dans ce même courriel, la disponibilité de l'étudiante chercheuse était offerte par téléphone, courriel ou en personne afin de permettre aux participantes de poser des questions. Aucune participante ne l'a contactée à cet effet.

Au début de l'entrevue, un rappel sur le but de la recherche a été fait et les participantes ont été informées à nouveau de l'anonymat et de la confidentialité de leurs propos. Les participantes ont été informées qu'elles peuvent poser des questions sur la recherche en cours et qu'elles sont libres de participer ou non à l'entrevue. L'étudiante chercheuse, a guidé les participantes autour des thèmes préétablis (Savoie-Zajc, 2009) du guide d'entrevue (**voir Annexe C**) tout en restant ouverte à l'émergence d'autres thèmes (Boutin, 1997). Le guide d'entrevue aborde les thèmes suivants : les perceptions de la formation à l'Ennéagramme, l'utilisation de

l'Ennéagramme suite à la formation, les effets perçus de la formation sur développement de l'intelligence émotionnelle et de leurs compétences.

**Journal de bord.** Le journal de bord de l'étudiante chercheuse contient des notes sur la méthodologie, les pensées, les réflexions, les impressions et les préconceptions de l'étudiante chercheuse (Mucchielli, 2009). De plus, il comprend ses impressions sur la formation et les entrevues individuelles, notamment ses propres émotions et celles perçues chez les participantes. Un compte-rendu a été produit après chacune des séances de formations et des entrevues individuelles. Ce compte rendu est inséré au journal de bord. Certaines informations du journal de bord sont devenues des données de recherche pour discuter les résultats de la recherche. Par exemple, elle y a noté des hypothèses personnelles à l'effet que peut-être les participantes se présentaient à l'entrevue pour recevoir du *coaching* vu qu'elles avaient peut-être moins bien intégré le modèle que les autres participantes, ou vu qu'elles avaient un très grand intérêt pour l'Ennéagramme. Le journal de bord est sous forme de données rédigées dans logiciel *Word*.

### **Analyse des données**

La méthode de l'analyse de données a été effectuée selon Miles et Huberman (2003). A travers une dynamique itérative interactive et continue, les trois étapes du processus d'analyse qualitative selon Miles et Huberman (2003) ont été appliquées : la condensation des données, la présentation des données, l'élaboration/vérification des conclusions (Miles et Huberman, 2003).

Avant l'analyse des données, les enregistrements des entretiens ont été transcrits au verbatim en s'assurant que tout avait été bien retranscrit avec plusieurs relectures. La condensation des données comprend la codification simple et la codification thématique (Miles et Huberman, 2003). Au cours de la codification simple, l'étudiante chercheuse a associé les segments du texte se rapportant à un même phénomène. La première entrevue a entièrement été contre-codée par les deux directrices afin de valider la codification de l'étudiante chercheuse. Un taux d'accord interjuge d'environ 80% a été obtenu. Les segments les plus difficiles à coder ont été examinés minutieusement par celles-ci pour faciliter le codage. Des discussions ont lieu régulièrement entre l'étudiante chercheuse et les directrices pour valider les codes utilisés. Le logiciel QDA-Minor a permis d'effectuer la codification et la gestion des données. En regroupant

les éléments issues de la codification simple et en effectuant le travail de réduction des données, l'analyse thématique (Miles et Huberman, 2003) a permis de dégager trois thèmes : « formation » et « impact de la formation » et « transformation du réseau ». Le code « formation » comprend les éléments positifs, négatifs et les suggestions à l'égard du contenu et du format. Le code « impact de la formation » implique les impacts professionnels liés aux compétences professionnelles et les impacts personnels. Enfin le code « transformation du réseau » a permis de dégager les données liées aux impacts de la transformation du réseau et de la pertinence de l'Ennéagramme en ce contexte. Des discussions ont lieu régulièrement entre l'étudiante chercheuse et les directrices pour valider les thèmes. Au cours de ce processus, les référentiels du baccalauréat (FSI, 2015) et de la maîtrise (FSI, 2017) ont favorisé la codification.

Ensuite, l'étape de présentation des données (Miles et Huberman, 2003) a permis d'ordonner les informations dans des matrices sous forme de tableaux afin d'avoir une représentation visuelle favorisant le travail d'analyse. Ces tableaux résumés ont permis de comparer les similitudes et les contrastes dans les propos tenus par les participantes. Par exemple, des tableaux ont permis de nuancer à savoir si celles-ci percevaient que le modèle pourrait favoriser le développement d'une compétence en particulier, versus que le modèle a concrètement favorisé le développement de la dite compétence chez les participantes.

Enfin, l'étudiante chercheuse est demeurée ouverte à l'émergence de conclusions tout au long du processus (Miles et Huberman, 2003), tout en discutant au fur et à mesure et en vérifiant les codes et les thèmes avec les directrices. Pour éviter les biais, l'application des critères de scientificités ont été rigoureusement appliqués. Également les notes de journal de bord comprenaient les a priori de l'étudiante par rapport au sujet de recherche, ses émotions, ses impressions tout au long du processus.

### **Critères de scientificité**

Guba et Lincoln (1989) proposent quatre critères de rigueur en recherche qualitative : la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmation.

## **Crédibilité**

D'abord, la crédibilité réfère à « la correspondance entre les constructions des répondants et les reconstructions formulées par le chercheur » (Sylvain, 2008, p.8). Ainsi, l'utilisation du verbatim a permis de bien démontrer que les interprétations de l'étudiante chercheuse proviennent des informations des participantes. Guba (1981) suggère également la triangulation des méthodes afin de s'assurer de la crédibilité (Miles et Huberman, 2003). La triangulation des sources d'informations (Denzin, 1978) a été utilisée. Plus précisément, la triangulation des données recueillies issues des entrevues individuelles et du journal de bord de l'étudiante chercheuse. Trianguler pourrait permettre d'éviter les problèmes de validité souvent soulevé dans le domaine de la recherche qualitative, telle que l'implication émotionnelle du chercheur (Denzin, 1978). Dans cette recherche, l'étudiante chercheuse, ayant elle-même un enthousiasme et une expérience positive de l'utilisation de l'Ennéagramme, a pris soins de documenter dans son journal de bord ses impressions et ses préconceptions. Par exemple, elle avait l'impression durant la formation que les participantes avaient un intérêt à l'utilisation de l'Ennéagramme. Afin de s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'une création de celle-ci, les données des entrevues ont été mises en parallèle avec celles du journal de bord. Lors des entrevues individuelles, les participantes ont verbalisé un besoin de recevoir davantage de formation/*coaching*. Ce qui a pu être confirmé avec les données du journal de bord de l'étudiante chercheuse du fait que les participantes cherchaient à recevoir du *coaching* durant les entrevues en posant des questions sur l'intégration du modèle dans leur vie personnelle et professionnelle. De plus, des rencontres régulières avec les directrices et leur suivi rapproché en particulier durant la codification des premières entrevues ont permis de valider que les interprétations de l'étudiante chercheuse ne soient pas erronées.

## **Fiabilité.**

Selon Stringer (2007), la fiabilité réfère aussi à faire la démonstration que les sources de données s'avèrent fiables. La tenue d'un journal de bord permet de laisser des traces au niveau de la méthodologie (Koch et Kralik, 2006), des notes théoriques, des notes personnelles (Mucchielli, 2009). L'étudiante chercheuse a tenu régulièrement son journal de bord tout au long de la collecte de donnée, dans lequel les sentiments et les jugements pouvant introduire des biais dans l'analyse de données ont été consignés. De plus, ses informations ont été discutées avec les directrices de recherche pour s'assurer de l'atteinte de ce critère.

### **Transférabilité.**

Puis, la transférabilité implique la transposition des résultats à d'autres situations similaires par les lecteurs de la recherche (Miles et Huberman, 2003 ; Sylvain, 2008). Pour pouvoir transposer des résultats, il faut avoir une description exhaustive du contexte, du processus et du contenu (Stinger, 2007). Donc, il s'avère important de bien documenter le contexte, à l'aide du questionnaire sociodémographique, pour que des usagers de la recherche sachent à quels contextes particuliers sont transférables les résultats. Ainsi, le journal de bord de l'étudiante chercheuse contient des descriptions riches de l'échantillon et du contexte afin de pouvoir documenter suffisamment lors de la rédaction du rapport de recherche.

### **Confirmation.**

La confirmation permet de s'assurer que les données, les interprétations et les résultats de la recherche sont ancrées dans les contextes et les personnes et qu'il ne s'agit pas de fragments créés à partir de l'imagination fertile du chercheur (Guba et Lincoln, 1989). La confirmation réfère aussi à la possibilité de retracer les sources des données disponibles pour être inspectées et révisées par d'autres chercheurs ne faisant pas partie de la recherche (Guba et Lincoln, 1989). Ainsi, les données collectées seront classées par méthode de collecte de données et par chronologie afin de faciliter leur consultation.

### **Considérations éthiques**

Ce projet a obtenu l'approbation des comités d'éthique du CIUSSS dans lequel s'est déroulé la recherche ainsi que celui de l'Université de Montréal. Ce projet respecte les trois grands principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils, soient le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (CRSHC, CRSNGC et IRSC, 2014).

### **Confidentialité**

Le principe de la vie privée et des renseignements personnels a été respecté. Les documents en version papier, tels que les questionnaires sociodémographiques et les formulaires de consentement sont conservés sous clé, où seule l'étudiante chercheuse et ses directrices ont accès, dans un tiroir barré situé dans une pièce dont la porte est barrée au laboratoire de la

directrice de recherche. Après la transcription des enregistrements, les enregistrements sont conservés durant sept ans. Pour assurer la confidentialité des données numériques, le logiciel d'encryptage PenProtect 1.45 est choisi pour sa facilité d'installation. Un mot de passe a été instauré dans le logiciel Word. Avant l'analyse de données, un code anonyme sous forme de lettre et d'un numéro a été attribué à chacune des participantes : P1 à P9. Lors de la présentation des résultats, l'étudiante chercheuse a porté une attention particulière afin qu'aucune donnée ne puisse permettre l'identification des participantes. De plus, les directrices de recherche n'ont pas été avisées de l'identité des participantes à la recherche. De plus, la DSI n'a pas été avisée des CSIs et CPIAs participant à la recherche.

### **Consentement libre et éclairé**

Le respect de la dignité humaine et du consentement libre et éclairé (CRSHC, CRSNGC et IRSC, 2014) a été respecté. Aucune participante n'a subi de pression induite pour participer à ce projet de recherche. Pour ce faire, les supérieurs n'ont pas été informés de l'identité des participantes pour éviter une possible pression de leur part. L'étape de recrutement a été effectuée par l'étudiante chercheuse et non par leurs supérieurs immédiats, soient les conseillères-cadres. C'est pourquoi, l'étudiante chercheuse a communiqué avec les CSIs et CPIAs par courriel et en personne. Afin que le consentement soit éclairé, l'étudiante chercheuse s'est assurée que les participantes signent un formulaire d'information et de consentement (**voir Annexe A**) après s'être assurée que celles-ci ont bien compris le but, la démarche et la finalité de la recherche. Elles ont eu la possibilité d'adresser leurs questions en personne, par téléphone ou par courriel pour obtenir toutes les clarifications nécessaires à leur compréhension. Dans le formulaire de consentement, il était clairement indiqué la durée de l'entrevue et que seulement les entrevues individuelles étaient enregistrées. Vu que le consentement s'avère un processus continu (CRSHC, CRSNGC et IRSC, 2014), celles-ci ont été informées qu'elles pouvaient à tout moment se retirer de la recherche sans avoir à se justifier et sans préjudice. Aussi, les avantages et les inconvénients liés à la participation et les coordonnées des personnes contacts ont été inscrits dans le formulaire de consentement. Au terme de cette recherche, un sommaire de la recherche a été transmis aux participants par courriel.

## **Risques et avantages**

Les avantages de participer à la recherche sont situés au niveau du désir de participer et soutenir le développement de la recherche en sciences infirmières dans le but de collaborer à l'émergence de nouvelles connaissances sur le modèle de l'Ennéagramme en sciences infirmières. Il n'y a pas d'avantages individuels pour les participantes à la recherche, vu qu'aucune compensation financière n'a été accordée.

Au niveau des risques, prendre part à cette recherche aurait pu, dans certains cas, créer des sentiments négatifs. En effet, Matisse (2007) souligne que l'Ennéagramme, en tant qu'outil de découverte de soi, peut mener à la prise de conscience des aspects positifs et négatifs de la personnalité et qu'il faut être assez fort pour accepter avec sagesse les nouvelles découvertes sur soi. De fait, pour assurer la protection du bien-être des participantes (CRSHC, CRSNGC et IRSC, 2014), les participantes, qui auraient ressenti des émotions négatives, auraient pu être orientées vers le Centre d'aide aux employés. Cette mesure n'a toutefois pas été nécessaire.

## **Conflits d'intérêt**

L'étudiante chercheuse travaille en tant qu'infirmière clinicienne à l'IUSMD, une des huit installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et ne se retrouve pas en lien hiérarchique direct avec les participantes.

## **CHAPITRE 4 - Résultats**

Ce chapitre présente les résultats de la recherche visant l'exploration des perceptions des CSIs et des CPIAs quant à la qualité, à la pertinence et aux impacts d'une formation à l'Ennéagramme sur le développement et l'exercice de leurs compétences professionnelles. Suite à l'analyse des entrevues avec les neuf participantes<sup>1</sup>, deux volets sont dégagés : d'abord la qualité de la formation (durée et stratégies pédagogiques), puis ses impacts sur les compétences infirmières.

### **Formation**

La formation a convenu à la majorité des participantes, tant sur le plan des contenus que de son format. En effet, toutes les participantes (9/9) mentionnent avoir apprécié le contenu de la formation, car celui-ci était « *intéressant* » (P1, P4, P7, P8, P9), « *bon[ne]* » (P2) « *concret* » (P3).

### **Durée**

Alors que quelques participantes ont mentionné que la durée de la formation de sept heures est suffisante en tant qu'introduction, la majorité (7/9) ont indiqué qu'il serait très pertinent que la durée de la formation soit supérieure à sept heures afin d'assurer une meilleure intégration des apprentissages. Dans le même sens, certaines (4/9) ont explicitement affirmé que la durée de la formation est insuffisante pour bien intégrer le modèle dans leur pratique professionnelle. Ces mêmes participantes (4/9) ont souligné la pertinence de la tenue d'une deuxième journée de formation et certaines ont suggéré (3/9) des rencontres de pratique réflexive individuelle ou de groupe. Aucune n'a mentionné l'utilisation de la technologie pour effectuer un suivi.

Seulement deux participantes ont mentionné explicitement l'importance d'un suivi en rencontre individuelle ou de groupe sous forme de pratique réflexive visant l'appropriation et la mobilisation des savoirs. L'une d'entre-elles illustre bien cette idée :

*« C'était pas un cours que tu donnais, mais c'était vraiment l'introduction? Pour moi ça m'aiderait peut-être [d'avoir d'autres journées de formation] à plus intégrer un peu plus, comme le mettre en pratique, ouais un peu plus d'heure, comme un*

---

<sup>1</sup> Le féminin a été utilisé afin de préserver l'anonymat des participantes et participants.

*coaching ou quelque chose je ne sais pas comment. [...] La profondeur qu'on peut aller, c'est sûr, tu ne l'as pas en 7 heures. Ce que tu nous as montré, c'est vraiment l'introduction en surface, mais pour vraiment l'appliquer ou l'intégrer vraiment à tous les jours dans ta pratique, pour modifier ton mode de pensée, il faut plus que 7h. Cela serait plus aidant » (P5).*

D'ailleurs, ce besoin de suivi sous forme de *coaching* s'est manifesté durant les entrevues de collecte des données. En effet, la majorité des participantes (7/9) ont demandé à obtenir davantage d'enseignement sur le modèle de l'Ennéagramme. Par exemple, des questionnements sur leur propre personnalité et celles des autres se sont immiscés à leur témoignage. La majorité des participantes (6/9) ont posé des questions sur les autres types de personnalité durant l'entrevue afin d'approfondir l'intégration des apprentissages. Une participante essayait de trouver le type de personnalité d'un employé avec lequel elle n'arrive pas à développer un lien de confiance et dont elle souhaite soutenir l'intégration à son milieu de travail. Une autre participante souhaitait comprendre le type de personnalité de son conjoint pour mieux comprendre la dynamique relationnelle lors de conflits. Par ailleurs, une participante a mentionné que ce modèle devrait être enseigné aux nouveaux employés lors de la journée d'accueil et qu'une enseignante du modèle soit présente pour *coacher* la CSI dans son accompagnement avec ceux-ci, afin de pouvoir elle-même utiliser l'Ennéagramme pour soutenir leurs apprentissages.

### **Stratégies pédagogiques**

Les résultats permettent d'analyser les stratégies d'enseignement et les stratégies technopédagogiques.

**Stratégies d'enseignement.** Plusieurs participantes (4/9) ont suggéré qu'il y ait davantage d'exercices pratiques sous forme de mises en situation afin d'intégrer davantage le modèle à travers des situations professionnelles. Par exemple, elles auraient apprécié de développer une aptitude à identifier les types de personnalité des employés qu'elles doivent encadrer dans un contexte d'évaluation de compétences, afin de mieux les accompagner dans leurs apprentissages. Par ailleurs, certaines (2/9) ont suggéré rendre le matériel de formation disponible avant la journée de formation afin de permettre la préparation des apprenants et d'utiliser le temps en présentiel pour approfondir les notions.

**Stratégies technopédagogiques.** Des suivis ont eu lieu par messagerie pour soutenir les apprentissages. Deux participantes ont échangé par courriel avec l'étudiante chercheuse. L'une

désirait avoir davantage d'ouvrages de référence. L'autre, suite à l'envoi de la première capsule, se questionnait sur son type de personnalité et demandait des tableaux résumés pour approfondir et intégrer ses apprentissages. Par ailleurs, malgré la disposition de l'étudiante chercheuse à échanger par *Skype*, aucune participante n'a utilisé ce moyen et aucune n'a suggéré de l'utiliser davantage. Les capsules d'enseignement envoyées par courriel après la formation ont été reconnues comme étant un rappel pertinent de la matière enseignée pour certaines participantes (3/9), mais n'ont pas été jugées pertinentes à l'intégration du modèle de l'Ennéagramme après la formation pour plusieurs (4/9). Deux participantes (2/9) ont affirmé ne pas avoir visionné les quatre capsules. Une participante a mentionné en avoir regardé trois, mais pas la dernière par manque de temps. Une autre participante a exprimé les avoir survolées rapidement en raison de son horaire professionnel chargé et du manque de temps.

### **Impacts de la formation**

L'expérience des participantes montre que la formation à l'Ennéagramme a eu des impacts sur leur connaissance de soi et des autres, ainsi que sur le développement de leurs compétences professionnelles.

#### **Connaissance de soi et des autres**

Le modèle de l'Ennéagramme pourrait favoriser la connaissance de soi et des autres.

**Connaissance de soi.** Toutes les participantes (9/9) affirment que l'Ennéagramme est un modèle pouvant permettre la connaissance de soi. Celles-ci ont trouvé intéressant d'aborder le savoir-être d'une autre façon en permettant une ouverture sur soi. Une majorité des participantes (7/9) souligne que le modèle leur a permis de mieux se connaître et que cela a suscité une réflexion sur leur personnalité. Une participante a souligné que le gain le plus important de la formation était d'avoir développé la connaissance de soi :

*« Le gain le plus important, j'ai découvert des choses sur moi-même avec mon type de personnalité [...] par rapport à la manière que j'interagissais avec certaines personnes. Cela a ouvert mes yeux à ce qu'on a vraiment tous un type de personnalité différent et qu'il faut s'ajuster aux différentes personnalités. Chose que je ne faisais pas avant, parce que pour moi justement, on dirait qu'on a tendance à penser que tout le monde pense comme nous [...]» (P9).*

**Conscience émotionnelle de soi.** La majorité des participantes (6/9) ont affirmé mieux comprendre leurs émotions suite à la formation. Pour ces participantes, il s'agit du « *début d'un processus* » (P5) d'introspection. Certaines (2/9) précisent avoir mieux compris leur colère et vouloir être en mesure de mieux la comprendre pour maintenir des liens harmonieux avec leurs collègues. En effet, leurs propos ont indiqué que l'Ennéagramme leur permettait une meilleure analyse et compréhension de leurs émotions et réactions dans différents contextes :

*« [Le gain de plus important fait avec la formation] C'est plus à me reconnaître moi, et de savoir quels sont mes triggers : qu'est-ce qui fait que "oups" je réagis de telle façon. C'est d'être capable de reconnaître plus facilement : "Ha, ok!", d'avoir une meilleure introspection» (P4).*

De plus, deux participantes ont mentionné voir de manière beaucoup plus positive le doute qu'elles éprouvent de manière quotidienne :

*« Parce que c'est un comportement que moi j'ai personnellement assez souvent [le doute]. Et moi, je le voyais de façon négative [...] Et dans la façon que ça a été présentée, [...] je trouvais que c'était une façon positive de voir quelque chose qui pour moi au départ m'apparaissait négatif» (P8).*

En contrepartie, quelques-unes (3/9), n'ayant pas affirmé que la formation les ait aidées à mieux comprendre leurs émotions, ont dit qu'en raison de leurs expériences de vie et leur âge, elles comprenaient déjà beaucoup leurs émotions avant la formation.

En outre, à travers le contexte de transformation du réseau de la santé, plusieurs (4/9) affirment que le modèle pourrait les aider à mieux gérer les émotions liées aux impacts de la transformation, notamment la « *frustration* », ainsi qu'à mieux se comprendre et prendre contact avec leur motivation, en trouvant un sens à leur travail (P1, P4, P9). Notamment, les propos d'une participante illustrent la perte de sens quant à son rôle dans l'organisation, puis à l'utilité de l'Ennéagramme pour l'aider à cerner la dissonance entre ses propres valeurs et intérêts et ceux de son organisation :

*« Si on parle de la Loi 10, et de où on part, cela fait deux ans que c'est instable, on se cherche beaucoup : [...] "C'est quoi mon rôle ? J'avais tel rôle". Maintenant : "Est-ce que je m'en vais ?", "C'est quoi mes orientations ?", "Est-ce que je serais mieux d'être en gestion ?". Donc, oui cette formation m'a recentrée en quelque sorte vers qui je suis et d'être un peu plus à l'écoute de ça plutôt que*

*d'être dans les attentes performantes organisationnelles dans lesquelles je ne me reconnais pas vraiment, et que je n'ai peut-être pas le goût d'embarquer» (P1).*

**Connaissance des autres.** Toutes les participantes ont souligné qu'apprendre sur les types de personnalité leur a rappelé l'importance d'une approche interpersonnelle personnalisée. Elles ont mentionné que s'adresser à une personne n'est pas « *un one size fits all* » (P1, P7, P9) et l'importance de reconnaître le caractère unique de chaque personne : « *Comment s'adresser à la personne en face de nous, ce n'est pas du one size fits all, donc c'est d'ajuster notre lunette, d'ajuste les lignes de communication de la personne qui est devant nous* » (P1).

D'abord, la majorité des participantes (7/9) ont utilisé le modèle auprès de leur famille. Celles-ci ont identifié ou ont tenté d'identifier la personnalité de leur conjoint ou de leurs enfants afin de mieux comprendre les situations conflictuelles, leur dynamique et leurs besoins :

*« Je te donne encore l'exemple de mon conjoint. Il a vraiment besoin d'autonomie dans son travail, il a un besoin de sécurité vraiment beaucoup dans sa relation amoureuse, et il a un besoin d'attention que encore une fois dans sa relation avec moi, il a besoin que je lui donne énormément d'attention. Mais est-ce qu'il a plus un besoin d'autonomie, plus un besoin d'attention ou plus un besoin de sécurité, ça je suis comme pas sûre » (P9).*

Ensuite, plusieurs (5/9) mentionnent mieux comprendre les émotions des autres :

*« Mais ça [la formation] m'a peut-être fait réaliser des émotions plus avec une de mes filles.[...] je prenais plutôt ça comme si c'était[...] comme rejet ou ces choses là, mais finalement, ça avait pas rapport du tout avec moi, ça avait plutôt rapport à elle, à ses craintes. Et moi, je me mettais ça que plutôt que c'était plutôt moi. J'ai été surprise pendant le cours. Je me suis mis à penser : "Mon Dieu mais c'est là je voyais ma fille et je l'avais jamais vu de ce côté-là là" » (P2).*

Bref, une meilleure connaissance de soi et des autres a émergé suite à la formation sur le modèle de l'Ennéagramme, ce qui pourrait contribuer au développement des compétences infirmières.

### **Compétences infirmières**

Les résultats de cette recherche indiquent que la formation sur le modèle de l'Ennéagramme pourrait soutenir le développement des compétences infirmières.

**Humanisme.** L'analyse et l'interprétation des données montrent que l'enseignement du modèle soutiendrait les valeurs humanistes, telles que l'empathie, la dignité humaine et le respect.

**Empathie.** Pour un peu plus de la moitié des participantes (5/9), l'enseignement du modèle pourrait améliorer l'empathie dans la communication. Par exemple, une participante explique : « *Pour l'infirmière au chevet, est-ce que ça ne peut pas l'aider à interpréter la réaction des gens qui sont devant elle aussi, des patients [...] Oui effectivement, au niveau de la compétence de mieux communiquer, de mieux accompagner les gens* » (P8). Cette perspective est aussi reprise par une autre participante qui insiste sur l'importance de l'empathie pour assurer la qualité des soins : « *Si on ne reconnaît pas la réalité de l'autre, [...] on ne pourra pas donner des bons soins* » (P3).

**Dignité humaine et respect.** Les participantes (5/9) ont dit pressentir l'utilité du modèle pour avoir une approche davantage humaniste. Entre autres, quelques participantes (3/9) ont mentionné spécifiquement le potentiel de l'Ennéagramme pour améliorer la collaboration avec les clients. Par exemple, l'une affirme qu'il permet de mieux comprendre et gérer ses propres réactions/émotions pour ainsi parvenir à une intervention satisfaisante pour les deux partis : « *c'est un outil avec lequel tu peux comprendre comment trouver une solution "win-win", à la place de réagir de manière réactive et négative* » (P5). Également, celles-ci soulignent que l'enseignement du modèle rappelle l'importance du rapport d'humain à humain : « *On demeure tout de même des êtres humains qui communiquent ayant nos personnalités et peu importe la profession ou le titre que l'on porte, il reste que c'est ça l'essentiel* » (P1). Aussi, une participante souligne que l'enseignement de ce modèle pourrait permettre d'améliorer les interventions auprès des personnes en crise ou en situation d'agressivité afin d'être davantage à l'écoute des besoins uniques des clients, en particulier en psychiatrie :

*« Je dis tout le temps : "nos patients ne sont pas différents de nous autres, nos collègues ne sont pas différents de n'importe qui d'autres". Je veux dire, il n'y a pas de "eux" et "nous", on est tous pareil comme être humain, on a tous nos types de personnalité. Donc, quand les gens mettent nos patients psychiatriques tous dans un pain : "Oh non! C'est un psychiatisé qui arrive là". Ben oui, il a peut-être un diagnostic psychiatrique, mais si tu le prends de la bonne façon, il n'y en aura pas de problème. Alors, si tu tiens compte de ses préférences, de ses droits,*

*de ses difficultés, tu vas être capable de le gérer, sauf qu'en tant que personne, il faut que tu sois ouvert à ça. Encore là ça revient à un type de personnalité » (P3).*

**Leadership.** Toutes les participantes (9/9) ont indiqué que l'Ennéagramme pourrait favoriser le développement du leadership, particulièrement à travers le contexte de transformation du réseau de la santé :

*« Cela peut aider dans, oui dans ce contexte-là de transformation du réseau. Ça peut aider surtout, parce qu'il y a beaucoup de formations à faire, d'aller vraiment les chercher, parce que dans le contexte de changement, ce n'est pas tout le monde qui est ouvert au changement. Donc, oui, ça serait bien de pouvoir identifier un petit peu plus le type de personnalité des personnes et s'ils sont moins ouverts au changement, de pouvoir les influencer et les avoir dans ton équipe pour que ce soit une situation win win » (P5).*

A cet égard, certaines soulignent la perte de leadership (3/9) qui est une conséquence importante de la transformation du réseau de la santé menant à de la « *frustration* » chez les CSIs et les infirmières au chevet (P1, P8, P9). Les sources de frustration proviennent de nouvelles contraintes administratives et de situations causant de la détresse chez les infirmières soignantes n'ayant plus l'impression de donner la meilleure qualité des soins aux clients. La citation suivante illustre les difficultés éprouvées à l'égard des contraintes administratives perçues à travers la transformation du réseau de la santé :

*« Il y a beaucoup de frustration et il faut être capable de supporter les gens dans cette frustration-là, parce que c'est souvent des gens très compétents. Mais la frustration fait souvent que peut-être t'es un peu moins compétent que tu voudrais l'être » (P8).*

Dans le même sens, une autre souligne que les infirmières au chevet vivent énormément de frustration et tentent de lancer un « *cri du cœur* » afin de leur permettre de soigner adéquatement :

*« Particulièrement dans le contexte de transformation actuel, il y a beaucoup de frustration. Les gens se sentent peu pris en considération, peu supportés, peu appréciés. [...] Par exemple, les infirmières sur le plancher, il y a énormément d'insatisfaction, à d'autre niveau aussi, mais vraiment [...] elles ne se sentent pas écoutées, pas respectées, pas comprises. On ne va pas se leurrer, sur le plancher, c'est qu'on dirait qu'elles essaient de lancer un cri du cœur : "Hey faites quelque chose pour nous aider, parce qu'on n'est plus capable de soigner adéquatement !" » (P9).*

A travers ces bouleversements vécus de la part des infirmières, deux participantes, parmi les trois ayant souligné la frustration en tant que conséquence de la transformation du réseau de la santé, ont affirmé que ce modèle serait particulièrement pertinent pour le leadership des gestionnaires afin de bien accompagner le personnel à travers la transition. Cette participante souligne l'importance de bien pouvoir influencer en tant que gestionnaire en ce contexte :

*« L'exemple qui me vient facilement en tête : les leaders négatifs, ces leaders ça reste des leaders, ça reste des personnalités fortes. Donc, si tu peux les embarquer dans le changement, si tu peux les embarquer à supporter le reste de l'équipe que plutôt de chialer, bitcher et diminuer l'équipe, tu peux avoir à renverser la donne, rendre les choses beaucoup plus positives. Alors oui, les gestionnaires pourraient bénéficier d'une formation comme celle-ci pour mieux gérer leur personnel » (P8).*

Également, une autre participante explique qu'en contexte de changement, peu importe ton titre d'emploi, une formation de ce type pourrait aider à mieux influencer en comprenant mieux les motivations des personnes par rapport à leur travail :

*« Parce que veut veut pas, surtout dans les gros changements, [...] ce qu'il faut se rattacher, et il faut que les gens se rattachent à quelque chose : c'est au sens de ce que l'on fait. Dans ces grosses réorganisations, des fois le sens de notre travail est un peu perdu. [...] Pour pouvoir convaincre la personne de son sens de travail, il faut que tu ailles voir dans sa personnalité ce qui est important pour elle, pour rattacher cette importance là au sens du travail » (P2).*

Enfin, toutes les participantes (9/9) ont perçu que le modèle pourrait favoriser le développement de leur leadership, notamment pour mieux influencer les parties prenantes des organisations :

*« Parce que si tu veux convaincre les gens, le leadership, c'est d'amener les gens dans ta vision ou vers une vision commune. Alors, si tu sais comment les approcher, tu vas plus facilement les amener à te suivre ou aller dans la direction que tu voudrais qu'ils aient, parce que sinon même si tu as les meilleures interventions du monde, mais pas la bonne façon d'approcher la personne, tu vas te la rebiffer beaucoup » (P8).*

Selon les plusieurs (4/9), l'optimisation du leadership découle d'une meilleure connaissance de soi engendré par un travail sur soi dont l'Ennégramme serait le catalyseur.

**Collaboration interprofessionnelle.** Une grande majorité des participantes reconnaissent la pertinence de l'Ennéagramme pour favoriser la collaboration interprofessionnelle (9/9). Plus précisément, huit participantes mentionnent que cela pourrait les aider à mieux interagir en travail d'équipe, en raison des instabilités et changements importants au niveau organisationnel. Elles précisait qu'elles doivent interagir avec de nouveaux collègues en étant dans des nouvelles équipes et que l'Ennéagramme leur permet plus rapidement de cerner leur personnalité pour avoir des relations.

Le tiers des participantes (3/9) ont rapporté avoir utilisé le modèle avec des collègues de travail et avoir eu des retombées positives sur la collaboration interprofessionnelle. Par exemple, l'une affirme avoir ajusté sa communication avec son supérieur immédiat. Celle-ci a expliqué avoir perçu qu'il était davantage préoccupé par les nombreuses tâches à accomplir, donc davantage « *dans sa tête* » (P1), et qu'il était nécessaire de bien cibler les informations communiquées vu la plus grande charge de travail qu'il doit accomplir lié à la réforme du réseau de la santé. Une autre mentionne avoir utilisé le modèle pour soutenir une collègue dans son nouveau rôle : ayant identifié le besoin de sécurité de sa collègue, elle affirme avoir amené celle-ci à se sécuriser par elle-même et à soutenir son autonomie dans la recherche de solutions.

De plus, plusieurs participantes (4/9) ont affirmé avoir développé leur leadership suite à la formation. Par exemple, l'une d'entre elle affirme avoir eu de l'influence sur une infirmière en orientation grâce à l'identification de son besoin de sécurité. Celle-ci se disait par la suite davantage en mesure d'exercer son leadership par une communication plus ouverte et empathique lors de l'encadrement de l'infirmière en orientation. D'autres participantes (2/9) y voient une application potentielle pour améliorer la communication interprofessionnelle et le leadership chez les infirmières travaillant en triade avec un préposé aux bénéficiaires et une infirmière auxiliaire :

*« Oui, oui, ce serait pertinent [d'apprendre le modèle de l'Ennéagramme] car on leur demande de travailler beaucoup en équipe, surtout aux infirmières, car on leur demande d'être des leader de leur équipe. Elles travaillent en triade : infirmière, infirmière auxiliaire, préposé. Souvent, on leur demande de mobiliser leur équipe, d'augmenter la communication avec leur équipe et de justement leader leur équipe » (P9).*

À l'égard de la gestion des conflits, quelques participantes (3/9) ont expliqué avoir utilisé l'Ennéagramme pour analyser une situation conflictuelle. Par exemple, l'une mentionne avoir tenté d'identifier le besoin d'une collègue pour mieux comprendre sa réaction de colère envers elle, pour mieux communiquer avec celle-ci. Toutefois, la majorité des participantes (7/9) ont mentionné qu'elles auraient besoin d'approfondir leurs connaissances et leur application du modèle pour développer la collaboration interprofessionnelle.

**Soutien aux apprentissages des infirmières novices.** Toutes les participantes (9/9) ont affirmé que le modèle pouvait favoriser le soutien aux apprentissages des infirmières novices :

*« Je pense à mes collègues qui sont maintenant enseignantes à un cegep près de chez moi et qui sont préceptrices par exemple, qui vont les suivre en stage. Là je crois que ça pourrait être très utile. [...] Ça va les aider dans l'interaction avec les élèves qu'elles suivent de plus près. [...] En fait ça peut être utile pour tout le monde mais plus utile je le verrais plutôt dans le rôle de tutrice préceptrice [...]. Dans le fond, tout le monde peut l'appliquer [...]. Il me semble que là ça doit être encore plus utile [pour un professeur] pour améliorer la communication, pour que ça se passe bien, surtout quand tu es face à des gens, des types de personnalité qui peut-être t'irritent » (P6).*

D'abord, plusieurs (3/9) ont mentionné que le modèle serait plus facilement applicable en contexte d'enseignement individuel, contrairement à deux participantes affirmant qu'il est possible de l'appliquer dans un groupe. En effet, lors d'enseignement un pour un, il a été mentionné qu'il serait pertinent pour les tutrices, les préceptrices, les superviseurs de stage, les nouveaux employés, les candidates à la profession infirmière et les employés en suivi de compétences.

De plus, plusieurs participantes (6/9) ont verbalisé que, suite à la formation, elles analysaient davantage leur démarche de soutien des apprentissages, donc exerçaient une meilleure pratique réflexive pour améliorer leur pratique d'enseignement :

*« Quand ça va bien, ça va bien. Mais quand j'ai des difficultés ou quand ça « fit » pas, que là j'aimerais ça savoir pourquoi ça « fit » pas pour que je puisse être aidante. Parce que sinon je me retrouve dans une situation où je sais que ça marche pas mais je ne suis pas capable de l'identifier, je ne suis pas capable d'aider la personne et là c'est juste négatif. Mon rôle c'est d'encadrer pis d'aider à les développer dans sa profession » (P4).*

Également, deux ont par ailleurs suggéré que le modèle soit enseigné aux étudiantes en sciences infirmières afin de les aider à développer la communication thérapeutique pour d'offrir des soins empreints d'empathie et d'humanisme.

*« Comme prof, je pense que c'est important de faire prendre contact aux étudiants à l'Ennéagramme pour qu'ils connaissent leur type de personnalité [...], pour mieux se connaître et mieux se diriger dans leur carrière » (P3).*

Enfin, une participante a suggéré que ce modèle soit utilisé par les gestionnaires, en particulier en contexte de transformation du réseau de la santé, pour assurer un suivi des compétences plus constructif et plus humain auprès des personnes.

En somme, les résultats de cette recherche ont permis de mettre en lumière les perceptions de la formation ainsi que ses impacts. Les résultats permettent de formuler plusieurs recommandations, notamment à l'effet de l'importance du *coaching* suite à la formation initiale. Également, ils indiquent qu'il pourrait favoriser le développement d'une meilleure connaissance de soi et des autres, tout en imprégnant d'humanisme plusieurs compétences infirmières, dont la collaboration interprofessionnelle, le leadership et le soutien aux apprentissages.

## **CHAPITRE 5 – *Discussion***

D'abord, les résultats en ce qui a trait à la formation sont discutés. Puis, l'expression de l'humanisme en matière de prévention de l'épuisement professionnel et à travers l'exercice des compétences infirmières est explicitée à la lumière du contexte de transformation du réseau québécois de la santé. Également, des recommandations en ce qui a trait à la formation, à la pratique clinique et à la recherche en sciences infirmières sont énoncées. Finalement, les forces et les limites du travail de recherche sont également discutées.

## **Formation**

### **Facteurs de succès d'une formation sur l'Ennéagramme**

L'apprentissage des compétences infirmières se consolide tout au long de la carrière, notamment à l'aide de la formation continue (AIIC, 2015b; OIIQ, 2011a, 2011b). En accord avec le corpus scientifique, cette recherche montre que le succès d'une formation continue adressée à des professionnels de la santé repose sur l'utilisation d'une pédagogie active (Consortium national de formation en santé, 2013), l'appui des employeurs (OIIQ, 2011b) et le *coaching* en développement de l'intelligence émotionnelle (Codier et al., 2011).

**Pédagogie active.** La formation dispensée comprenait des discussions de groupe, mais n'intégrait pas suffisamment d'activités d'apprentissage actif. Sur ce point, les participantes ont suggéré qu'il y ait davantage d'exercices pratiques sous forme de mises en situation afin d'intégrer davantage le modèle à travers des situations professionnelles semblables à leur réalité. Ces résultats sont congruents avec les écrits en éducation. En effet, une participation active et signifiante favorise l'acquisition et l'intégration des connaissances des apprenants à travers un apprentissage actif (Consortium national de formation en santé, 2013; Durand et Chouinard, 2006), telle que l'apprentissage par problème (APP) (Pepin, Legault et Goudreau, 2008). Le développement des compétences, à l'aide de stratégies pédagogiques actives telles des situations d'apprentissages authentiques et contextualisées (Durand et Chouinard, 2006), prend actuellement une place importante dans l'enseignement des sciences infirmières (Pepin et al., 2008). Ainsi, les apprenants voient une application directe des apprentissages dans leur pratique professionnelle (Durand et Chouinard, 2006; Tardif, 2006). De plus, les participantes ont suggéré que les documents soient envoyés avant la formation. Un lien pourrait s'établir entre ce résultat

et l'apprentissage inversé. Cette approche pédagogique consiste à transmettre les notions aux étudiants avant le cours pour qu'ils les consultent de manière autonome, libérant ainsi du temps en classe pour effectuer des activités pratiques (Bissonette et Gauthier, 2012). L'apprentissage inversé pourrait s'avérer pertinent en matière d'enseignement de l'Ennéagramme.

Par ailleurs, l'utilisation de la technologie, soient les courriels et le logiciel Skype, ne semble pas avoir favorisé l'intégration de l'Ennéagramme de manière significative. Il est difficile de dire si ce résultat est lié ou non à l'âge moyen de 51 ans des participantes, à un manque de temps ou un manque d'habileté chez les participantes à utiliser la technologie, car leurs habiletés technologiques n'ont pas été évaluées dans cette recherche. À ce sujet, les auteurs ont soulevé que l'âge et l'ambivalence à l'égard des avantages de la technologie peut avoir incidence sur la perception et l'utilisation de la technologie (Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers [SESSI], 2005). L'utilisation de la technologie peut être perçue comme allant à l'encontre la nature humaniste de la profession infirmière, impliquant un rapport d'humain à humain (SESSI, 2005). Ceci est d'autant plus vrai dans un contexte de transformation du réseau de la santé, tel que celui provoqué par la Loi 10 (MSSS, 2015). Aucune recherche n'a pas encore pu mesurer l'ampleur des impacts de la Loi 10 (MSSS, 2015) sur la santé des infirmières. Toutefois, la recherche réalisée par Bourbonnais et al. (2000), effectuée en contexte québécois au cours de la précédente réforme en santé, permet d'entrevoir des impacts possibles. Notamment, il est possible de prévoir que les infirmières aient la perception que la réforme ne laisse plus de place à une approche holiste, globale et intégrée, et que les soins sont centrés sur la performance, la rapidité et les statistiques (Bourbonnais et al., 2000).

**L'appui des employeurs.** Un facteur ayant facilité la participation est que les CSIs et les CPIAs ont eu l'appui de leur employeur pour être libérées de leurs fonctions par la direction des soins infirmiers, durant une journée complète, tout en recevant leur salaire habituel. Sur ce point, les écrits confirment que l'appui des employeurs est un facteur de succès en formation continue (Institut national de santé publique du Québec [INAPQ], 2008 ; OIIQ, 2011a, 2017). D'ailleurs, l'OIIQ (2011b) souligne que les DSI sont parmi les acteurs déterminants du développement professionnel des infirmières en vue de l'amélioration continue de la qualité des soins, notamment en favorisant l'accessibilité aux activités de formation continue dans les milieux de soins. De plus, l'OIIQ (2017) encourage les employeurs à soutenir la formation continue chez les infirmières :

*« Il est indéniable que les employeurs, qu'ils soient du secteur public ou privé, sont des acteurs déterminants pour le développement professionnel des infirmières. [...] C'est pourquoi l'OIIQ souhaite que ces derniers [...] conjuguent leurs efforts pour lever les principaux obstacles à l'engagement des infirmières dans une démarche de formation continue » (OIIQ, 2017, p.1)*

À ce propos, l'INAPQ (2008) souligne que les valeurs et les croyances des gestionnaires influencent leur compréhension des besoins et la mise en place des activités de formation continue. En conséquence, les gestionnaires ont un rôle déterminant pour le maintien et le développement des compétences des professionnels de la santé :

*« En général, ce sont les gestionnaires qui demandent l'analyse de besoins de formation et qui en reçoivent les résultats. Leur soutien est décisif pour la concrétisation de l'analyse de besoins de formation et la mise sur pied subséquente d'activités de formation » (INAPQ, 2008, p.13).*

**Le coaching et la durée de la formation.** Le besoin de suivi sous forme de *coaching* ou de mentorat s'est manifesté durant la collecte de données. Il semble que les participantes aient vu dans l'entrevue de recherche, une occasion d'approfondir leur apprentissage. À l'égard du mentorat, Freshwater et Stickley (2004) affirment qu'un programme de formation mettant de l'avant l'intelligence émotionnelle doit nécessairement inclure de la supervision et du mentorat. La supervision comprend l'orientation initiale et l'inspection périodique des actes (Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, 2012). Le mentorat implique une contribution bénévole de la part d'une infirmière d'expérience envers une candidate à la profession afin de la soutenir et l'assister dans ses apprentissages (AIIC, 2018). De plus, en période de grand stress organisationnel, le *coaching* par les pairs serait idéal pour favoriser le développement de l'intelligence émotionnelle (Codier et al., 2011). Sur ce point, le *coaching* en leadership est une ressource sous-utilisée dans la formation des cadres de la santé et est d'une grande utilité pour les médecins et les gestionnaires non médicaux pour développer leur intelligence émotionnelle afin de gérer avec succès des organisations de plus en plus complexes (Henochowicz et Hetherington, 2006). Ainsi, les programmes de formation sur l'Ennéagramme dans le réseau de la santé pourraient inclure du *coaching*, soient par des pairs, des professeurs ou des gestionnaires, reconnus experts de l'Ennéagramme. Pour être considéré comme un professionnel expert de l'Ennéagramme, un minimum de 200h de formation est requis (École de l'Ennéagramme du Québec, 2011; International Enneagram Association, 2018).

Par ailleurs, le besoin de *coaching* manifesté durant les entrevues semble aussi découler de la durée de la formation, jugée insuffisante par les participantes. Tel que mentionné, celles-ci ont indiqué que la durée de la formation devrait être supérieure à sept heures, afin d'assurer une meilleure intégration des apprentissages. D'ailleurs, la durée de la formation (7h) est significativement inférieure aux durées des programmes de formation présentés dans les recherches antérieures réalisées en sciences infirmières sur l'Ennéagramme (16h-38h) (Kim et Cho Chung, 2015; Lee, 2015; Lee et al., 2013). Face à cette différence marquée en matière de durée entre la formation de la présente recherche et programmes de formations recensés, il semble important que les programmes de formation de base sur l'Ennéagramme impliquent une durée minimale de 24h répartie sur plusieurs séances et impliquant un *coaching* par un expert en Ennéagramme. Lors du développement initial de la formation de la présente recherche, une durée supérieure à 7h et des séances de *coaching* avait été envisagées, mais n'avait pu être effectuées en raison de la faisabilité (libération et disponibilité des CSIs et CPIAs).

Bref, le succès des futures formations à l'Ennéagramme en sciences infirmières implique de prendre en considération l'application d'une pédagogie active (CNFS, 2013) pour rendre l'apprentissage significatif et ancré dans la pratique des apprenantes. Également, l'appui des employeurs (OIIQ, 2011b) permettrait de libérer le personnel de leur fonction afin qu'il puisse recevoir la formation. Néanmoins, il faut considérer les contraintes du milieu (ex : budget, disponibilité). Enfin, l'utilisation du mentorat ou du *coaching* (Codier et al., 2011) favoriserait l'intégration du modèle dans la pratique professionnelle.

### **Humanisme**

A priori, la formation sur l'Ennéagramme dispensée était une demande de la part du milieu clinique vivant des bouleversements d'une réforme en santé, soit la Loi 10 (MSSS, 2015). Les résultats chez cet échantillon restreint indiquent que l'Ennéagramme a un certain potentiel pour optimiser la santé mentale et soutenir le développement de certaines compétences chez les CSIs et CPIAs.

## **Santé mentale des professionnels en contexte de transformation du réseau de la santé**

Sur le plan de l'impact sur la santé mentale, les participantes ont affirmé mieux comprendre leurs émotions suite à la formation sur l'Ennéagramme et ont reconnu qu'une meilleure connaissance de soi par l'Ennéagramme pourrait les aider à mieux se comprendre et prendre contact avec leurs motivations, en trouvant un sens à leur travail et en régulant mieux leurs émotions liées aux impacts de la transformation du réseau de la santé.

Les contextes de transformation des organisations peuvent fragiliser la santé mentale des infirmières (Bourbonnais et al., 2005; Bourbonnais et al., 2000; Brown et al., 2006; Montes-Berger et Augusto-Landa, 2014; Su et al., 2009; Teo et al., 2013) et particulièrement celle des infirmières novices (Lavoie-Tremblay, Wright, Desforges et Drevniok, 2008). Ces dernières font face à de grands défis pour acquérir l'expertise de leurs collègues partant à la retraite (Lavoie-Tremblay et al., 2008). À cet égard, parmi les nouvelles infirmières québécoises issues du secteur public, près de la moitié, soit 43,4%, ont affirmé avoir un niveau élevé de détresse psychologique en raison de contexte de travail difficile (Lavoie-Tremblay et al., 2008). Ces proportions ont été évaluées avant même la transformation du réseau de la santé. En conséquence, il est possible de soupçonner un taux plus élevé depuis l'entrée en vigueur de la Loi 10 (MSSS, 2015). En outre, avant même leur entrée dans le milieu du travail, 21,3% des étudiantes en sciences infirmières au premier cycle présentent des symptômes dépressifs modérément sévères ou sévères, ainsi que 4% seraient déjà affectées par des symptômes de burnout, sans avoir complété leur cursus académique (Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal, 2016). À cet égard, les travaux de Montes-Berges et Augusto-Landa (2007) mettent en évidence que le bien-être et la santé mentale des étudiantes en soins infirmiers pourraient être favorisés par le développement de l'intelligence émotionnelle, permettant ainsi une meilleure gestion de leur stress à travers des environnements hautement difficiles. Sur ce point, une formation sur l'Ennéagramme a déjà permis de diminuer l'anxiété chez les étudiantes en soins infirmiers (Koo, 2001). Également, les CSIs et CPIAs ayant un rôle de soutien aux apprentissages des étudiants et des infirmières doivent être elles-mêmes en santé mentale pour les soutenir. Sur ce point, les participantes ont mentionné qu'elles voulaient utiliser l'Ennéagramme afin de les aider à mieux se connaître, comprendre leurs motivations et leur sens du travail, tout en gérant mieux leurs émotions liées aux impacts de la transformation du réseau de la santé.

En somme, tous les professionnels en santé peuvent être à risque de burnout et/ou d'éprouver de la fatigue de compassion à un moment de leur carrière (Alkema, Linton et Davies, 2008 ; Mol, Kompanje, Benoit, Bakker et Nijkamp, 2015 ; Ray, Wong, White et Heaslip, 2013). Plus précisément, les médecins ayant une intelligence développée seraient moins à risque de burnout (Weng et al., 2011). À travers ce contexte, tous les professionnels de la santé pourraient bénéficier d'une formation sur l'Ennéagramme pour favoriser le développement de l'intelligence émotionnelle et ainsi prévenir l'épuisement professionnel/burnout.

## **Compétences**

Pour pallier aux conséquences négatives générées par les transformations au sein du réseau de la santé, promouvoir l'exercice des compétences infirmières pourraient aider les infirmières à maintenir leur santé mentale (Cummings et al., 2010), leur satisfaction au travail (AIIAO, 2013 ; Cummings et al., 2005; Cummings et al., 2010), leur taux de rétention (AIIAO, 2013), et leur sentiment d'appartenance à l'organisation (AIIAO, 2013 ; Cummings et al., 2010). Cette section porte sur les compétences infirmières qui ressortent comme plus centrales à travers l'apprentissage de l'Ennéagramme : l'agir avec humanisme, la collaboration, le leadership transformationnel et le soutien aux apprentissages.

**Agir avec humanisme.** Cette partie aborde l'humanisme sous les angles suivants : les soins humains, la théorie du *Human Caring* (Watson, 1998), l'acceptation de soi et les étudiantes en sciences infirmières.

**Soins humains.** Les participantes ont soulevé la pertinence de l'Ennéagramme pour favoriser l'agir avec humanisme avec les clients/familles, en favorisant la reconnaissance de l'unicité de la personne, le respect et la dignité humaine (soins humains). Toutefois, celles-ci n'ont pas pu mobiliser les savoirs développés suite à la formation à l'égard de cette compétence auprès des patients. Ceci pourrait être expliqué du fait que les CSIs et CPIAs n'ont généralement pas de contact « direct » avec les clients, mais reconnaissent que l'Ennéagramme pourrait favoriser des soins humains en général. Cependant, des manifestations liées à cette compétence (FSI, 2015) indiquent la présence d'humanisme, notamment la réflexion à l'égard du manque de cohérence entre les impacts de la transformation du réseau de la santé et leurs valeurs professionnelles.

***Théorie du Human Caring.*** Les résultats de cette recherche indiquent que l'Ennéagramme favorise la conscience émotionnelle de soi du fait que les participantes ont affirmé mieux comprendre leurs émotions suite à la formation. En sciences infirmières, le développement de l'empathie est en cohérence avec le premier processus *caratif*, soit la pratique d'amour-bonté/compassion et équanimité permettant une conscience *caritas* (Pepin et al., 2010 ; Watson, 2008). La gestion équilibrée de ses états émotifs est la base de l'empathie. En explorant, en reconnaissant, en accueillant et en acceptant ses propres émotions, il devient possible de reconnaître et d'accepter celles des autres (Phaneuf, 2011) ; cette capacité est liée au cinquième facteur *caratif* : la promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs (Watson, 1998). Ainsi, il est possible que l'Ennéagramme puisse favoriser le développement de l'intelligence émotionnelle et de l'empathie, par une meilleure reconnaissance et acceptation des émotions vécues chez les infirmières.

***Acceptation de soi.*** L'Ennéagramme a permis aux participantes d'accepter plus positivement une caractéristique de leur personnalité qu'elles voyaient négativement avant la formation. Ce résultat s'accorde avec un des résultats de Lee et al. (2013) à l'effet que l'Ennéagramme peut favoriser l'acceptation de soi. L'acceptation positive de soi contribue au développement de l'estime de soi et provient de « la perception inconsciente que nous acquérons de nous-mêmes par suite d'une appréciation de ce que nous sommes et de ce que nous faisons » (Phaneuf, 2011, p.21). Également, la littérature souligne que l'intelligence émotionnelle développée chez les professionnels de la santé pourrait avoir des effets bénéfiques pour les clients (Adams et al., 2011 ; Codier et al., 2011 ; Freshwater et Stickley, 2004 ; Smith et al., 2009 ; Stickley et Freshwater, 2002 ; Mercer et Reynolds, 2002). Notamment, elle permettrait aux médecins d'avoir une meilleure relation médecin-client et de développer de l'empathie (Arora et al., 2010).

***Étudiantes en sciences infirmières.*** Selon les participantes, l'Ennéagramme devrait être enseigné aux étudiantes en sciences infirmières afin de les aider à développer une communication thérapeutique empreinte d'humanisme. À ce propos, la littérature suggère que l'intelligence émotionnelle devrait être enseignée aux étudiants en soins infirmiers (Smith et al., 2009), mais également à tous les professionnels de la santé pour générer une pratique holistique auprès des clients. La formation en santé devrait impliquer le développement de l'intelligence

émotionnelle chez les étudiants afin de bien comprendre les émotions (les leurs et celles des autres) pour pratiquer leur profession, pour développer une relation thérapeutique avec leurs clients/familles (Freshwater et Stickley, 2004) et pour dispenser des soins infirmiers de manière compétente tout en s'adaptant à un environnement de travail chaotique (Smith et al., 2009). De plus, l'intelligence émotionnelle s'avère essentielle chez les étudiants pour assurer une pratique empreinte d'amour ou de *caring* auprès des clients/familles (Freshwater, 2002) et pour augmenter la rétention des nouvelles infirmières (Smith et al., 2009).

***Relation interpersonnelle.*** Les résultats de cette recherche ont montré que l'Ennéagramme devrait être utilisé par les gestionnaires en santé afin d'accompagner avec davantage d'empathie le personnel vivant des bouleversements issus du contexte de transformation du réseau de la santé. Qu'il s'agisse d'un gestionnaire ou d'un autre professionnel, une relation interpersonnelle empreint d'empathie est favorable pour les professionnels et les clients/familles. Notamment, une intelligence émotionnelle développée favorise le travail d'équipe, les habiletés de communication et le leadership chez les médecins (Arora et al., 2010). Les individus ayant une intelligence émotionnelle développée ont une plus grande facilité à développer des relations interpersonnelles avec les personnes, car ils considèrent les différences chez les personnes comme une force dans l'équipe de travail, permettant ainsi à chacun d'amener une contribution complémentaire aux autres (Cherniss et Adler, 2000).

***Collaboration.*** Les participantes ont affirmé avoir utilisé le modèle pour mieux comprendre les conflits avec leurs collègues, avec des employés en suivi de compétence ou en orientation. Certaines ont mentionné vouloir l'utiliser pour mieux communiquer auprès de certains collègues avec lesquels la communication demeure difficile. Cette utilisation du modèle de l'Ennéagramme rejoint la compétence de collaboration (FSI, 2015) de par l'intérêt des participantes à reconnaître les conflits à l'intérieur de l'équipe et identifier des pistes de solutions.

***Résolution des conflits et régulation émotionnelle.*** L'analyse et l'interprétation des données tendent à démontrer la pertinence du modèle de l'Ennéagramme pour favoriser la collaboration interprofessionnelle à travers une meilleure régulation émotionnelle, notamment par une meilleure capacité à résoudre les conflits. Sur ce point, les participantes ont dit avoir utilisé l'Ennéagramme pour analyser une situation conflictuelle et y avoir vu les effets positifs

sur leur communication et leur relation interpersonnelle avec leurs collègues. D'ailleurs, les auteurs vont en ce sens à l'effet qu'un programme de formation sur l'Ennéagramme peut favoriser le développement de la communication (Lee, 2015) et des relations interpersonnelles (Kim et Cho Chung, 2015 ; Lee, 2015) par une meilleure compréhension de soi et de ses émotions. En étant conscient de ses propres émotions, il est possible d'avoir une régulation émotionnelle efficace en identifiant les émotions négatives, les réguler et ne pas « contaminer » l'équipe avec celles-ci (Quoidbach et Hansenne, 2009). Ce qui permet de maintenir une attitude positive et la motivation vers le but commun de l'équipe de soin, soit la qualité des soins aux clients (Quoidbach et Hansenne, 2009). À l'inverse, la régulation émotionnelle de moindre qualité chez une personne pessimiste, peut affecter négativement la motivation de toute l'équipe et pourrait nuire aux résultats auprès des clients (Quoidbach et Hansenne, 2009). À l'égard de la résolution des conflits, les travaux réalisés par Ball (2009) ont soulevé les apports de l'Ennéagramme pour favoriser la résolution des conflits entre les infirmières. Ainsi, il est possible de soupçonner que l'Ennéagramme pourrait aider les infirmières et les autres professionnels à réguler leurs émotions et résoudre les conflits, pour assurer une cohésion de l'équipe de soins dans une visée d'offrir une qualité des soins optimale à la population.

***Collaboration en contexte de réforme en santé.*** Les constats de cette recherche montrent que l'Ennéagramme pourrait les aider à mieux interagir en travail d'équipe, en raison des instabilités et des changements importants au niveau organisationnel. À ce sujet, l'application du projet de Loi 21 (Office des Professions du Québec [OPQ], 2013) met de l'avant l'importance de la collaboration entre les professionnels de la santé. Plusieurs professionnels doivent s'adapter à la redéfinition des champs d'exercices professionnels dans le Code des professions à l'égard du milieu de la santé mentale et des relations humaines (OPQ, 2013). De même, ils doivent collaborer à travers une perspective interdisciplinaire dans le but d'offrir des soins de santé de qualité, tout en utilisant de manière optimale les compétences de chacune des professions (OPQ, 2013). Collaborer signifie de pouvoir gérer les conflits au sein des équipes et demeurer performant. À cet égard, la recherche de Jordan et Troth (2004) traitant de l'influence de l'intelligence émotionnelle et la performance des équipes a mis en évidence que l'intelligence émotionnelle et la gestion de ses propres émotions permettraient aux membres de l'équipe d'être plus ouverts aux points de vue de leurs collègues lors d'un processus de résolution de problèmes et de conflits. Pour soutenir la collaboration interprofessionnelle dans ce contexte, une formation

sur le modèle de l'Ennéagramme pourrait s'avérer pertinente, car elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de la santé. Toutefois, des recherches seraient nécessaires pour évaluer les effets de l'Ennéagramme sur le travail d'équipe et la performance de celles-ci.

**Leadership transformationnel.** Soulignant une perte de leadership liée à la transformation du réseau de la santé, les CSIs et CPIAs s'accordent pour affirmer que l'Ennéagramme pourrait favoriser le développement de leur leadership, et pour certaines, celui des gestionnaires. À cet égard, le leadership le plus efficace lors de grande réforme implique l'intelligence émotionnelle, notamment le leadership transformationnel tant en sciences infirmières (Akerjordet et Severinsson, 2010 ; Cadman et Brewer, 2001 ; Codier et al., 2011 ; Cummings et al., 2005 ; Feldman, 2008 ; Herbert et Edgar, 2004 ; Horton-Deutsch et Sherwood, 2008 ; Moss, 2005 ; O'Connor, 2008 ; Roussel, 2013 ; Smith et al., 2009 ; Stichler, 2006 ; Triola, 2007 ; Vitello-Cicciu, 2002, 2003) qu'en médecine (Mintz et Stoller, 2014). D'ailleurs, afin d'assurer une utilisation éthique de l'intelligence émotionnelle à l'égard du leadership infirmier, il est suggéré d'adopter une perspective humaniste *caring*, afin d'être moralement conscient de ses émotions tant négatives que positives pour avoir une vision d'ensemble plus réaliste de la situation clinique (Akerjordet et Severinsson, 2010). Ceci rejoint la conception humaniste *caring* selon Watson (2012) à l'égard de la reconnaissance des émotions positives et négatives à l'intérieur de soi.

**Soutien aux apprentissages.** L'Ennéagramme a été jugé comme pertinent pour soutenir les apprentissages des infirmières novices, notamment à travers une réflexion d'analyse de leur démarche de soutien des apprentissages. Sur ce point, les infirmières ayant un rôle d'éducation aurait grandement besoin de développer leur intelligence émotionnelle pour mieux soutenir les apprentissages (Freshwater et Stickley, 2004 ; Stickley et Freshwater, 2002). De plus, en éducation, l'Ennéagramme a été reconnu pour stimuler le développement d'une conscience réflexive à l'égard du savoir-être de l'enseignant (Levine, 1999 ; Luckcock, 2007). Également la relation positive entre l'enseignant et ses étudiants contribue à l'engagement des étudiants par rapport à la matière et incite l'enseignant à adopter un style d'intervention pédagogique centré sur les étudiants (Bujold et St-Pierre, 1996) permettant ainsi d'adapter l'enseignement de manière personnalisée et de répondre à l'hétérogénéité des étudiants (principe de différenciation pédagogique) (Durand et Chouinard, 2012). Dans le même sens, au cours du processus

d'apprentissage de l'étudiant, l'enseignant devrait donner des rétroactions individualisées (Durand et Chouinard, 2012). Sur ce point, l'Ennéagramme donne des pistes sur comment donner de la rétroaction aux collègues de travail et développer des relations harmonieuses de travail (Goldberg, 1999 ; Lapid-bogda, 2004, 2007). Ce qui pourrait s'appliquer dans la relation entre l'étudiant et l'enseignant, mais également entre l'infirmière novice et l'infirmière expérimentée, relation qui devrait davantage être de nature collaborative que hiérarchique en particulier en sciences infirmières (Dong et Temple, 2011). Sur ce point, les infirmières nouvellement graduées ont déclaré être souvent maltraitées verbalement par les infirmières expérimentées seniors, les médecins, les résidents et les équipes paramédicales, sans que les gestionnaires ne règlent ces problèmes, ayant pour conséquence de la désillusion, du ressentiment et de la détresse morale chez la relève infirmière (Dong et Temple, 2011).

Également, les résultats indiquent que l'Ennéagramme pourrait aider à soutenir les apprentissages des tutrices, des préceptrices, des superviseurs de stage, des nouveaux employés, des candidates à la profession infirmière et des employés en suivi de compétences. Les infirmières cliniciennes et les CSIs, ayant un baccalauréat, ont comme rôle d'orienter des nouvelles infirmières et de s'impliquer dans la formation des stagiaires (FIQ, (2016). Pourtant, la compétence liée au soutien des apprentissages ne se retrouve pas dans le référentiel des compétences du baccalauréat de l'Université de Montréal (FSI, 2015) ni dans la visée des programmes de formation au collégial. Ainsi, au cours de leur parcours académique, il semble que les étudiantes ne sont pas préparées à soutenir les apprentissages des étudiants qu'elles accompagneront quand elles porteront leur titre d'infirmière.

### **Recommandations**

À la lumière des résultats de la recherche, il est possible d'émettre plusieurs recommandations pour les domaines suivants : la formation, la pratique clinique et la recherche.

#### **Formation**

En matière de formation, il serait intéressant d'explorer les effets et les perceptions d'un programme de formation sur l'Ennéagramme dans les programmes initiaux de formation au cégep et à l'université pour les futurs professionnels de la santé (ex : sciences infirmières,

psychoéducation, travail social, dentiste, médecine, préposé aux bénéficiaires, etc.), notamment dans les cours de gestion et de partenariat avec le client/famille. Également, ce programme de formation pourrait être introduit en formation continue dans le réseau de la santé, particulièrement dans les programmes d'orientation des CSIs et CPIAs. Enfin, l'Ennéagramme pourrait être dispensé auprès du personnel enseignant de différents domaines pour favoriser la pratique réflexive sur l'enseignement et pour améliorer les relations avec les étudiants.

### **Pratique clinique**

En contexte de transformation du réseau de la santé, une utilisation de l'Ennéagramme par les professionnels en santé pourrait contribuer à l'amélioration de la collaboration entre les professionnels de la santé, du partenariat avec les clients/familles, du bien-être des professionnels, de la gestion du stress et de la rétention du personnel. De plus amples recherches seraient nécessaires afin d'évaluer ces contributions potentielles à travers des recherches comparatives avec d'autres modèles de compréhension de la personnalité.

### **Recherche**

Cette recherche permet de contribuer aux connaissances de l'utilisation du modèle de l'Ennéagramme en sciences infirmières, compte tenu du peu de recherches réalisées en contexte occidental et dans le monde. Également, vu la nature exploratoire de cette recherche et son échantillon restreint, davantage de recherches seraient nécessaires afin de valider les résultats qui en découlent. Notamment, il serait intéressant d'effectuer des études randomisées pour comparer le modèle de l'Ennéagramme à d'autres modèles favorisant le développement de l'intelligence émotionnelle chez les professionnels de la santé. Également, d'autres études pourraient explorer les effets de l'Ennéagramme en matière de création d'environnement de travail sain, de prévention de l'épuisement professionnel, de rétention des infirmières novices. De plus, en éducation, il serait pertinent d'effectuer des études sur les impacts d'une formation à l'Ennéagramme sur la pratique réflexive des enseignants tant dans le domaine des soins de santé que de l'éducation à différents niveaux de formation, notamment en enseignement primaire, secondaire, collégial et universitaire.

## **Forces et limites de la recherche**

### **Forces**

En raison du peu de recherches réalisées en sciences infirmières sur l'utilisation de l'Ennéagramme, le devis qualitatif exploratoire a permis d'explorer les perceptions des CSIs et des CPIAs quant à la qualité, à la pertinence et aux impacts d'une formation sur l'Ennéagramme sur le développement des compétences infirmières. Également, la représentativité de l'échantillon diversifié par rapport à la population visée a permis d'obtenir des résultats riches selon différents contextes. Enfin, le cadre de référence a permis d'ancrer la recherche dans une perspective disciplinaire infirmière, de manière cohérente avec le modèle de l'Ennéagramme et l'intelligence émotionnelle au sein du développement des compétences.

### **Limites**

Cette recherche comporte certaines limites. En effet, la durée de la recherche, restreinte par le délai prescrit par le programme de formation de l'étudiante chercheuse, pourrait limiter l'interprétation des résultats. Il n'a pas été possible d'explorer tout le potentiel du modèle de l'Ennéagramme à cet effet en raison de la durée trop courte du programme de formation. Il aurait été intéressant de recueillir des données sur une année complète pour mieux comprendre les effets de l'Ennéagramme sur le développement des compétences à moyen terme compte tenu que la mobilisation des connaissances et leur mise en pratique implique un processus à long terme, tout comme le développement des compétences (Durand et Chouinard, 2012). De plus, le fait que l'étudiante chercheuse ait à la fois dispensé la formation et effectué son évaluation, aurait pu amener les participantes à censurer ou transformer leurs perceptions (désirabilité sociale). Enfin, un biais de sélection est possible, car les infirmières ayant participé à la formation sont peut-être celles qui étaient les plus intéressées par l'Ennéagramme.

## **CONCLUSION**

Les résultats de cette recherche indiquent que le modèle de l'Ennéagramme pourrait s'avérer prometteur en matière des compétences suivantes : l'agir avec humanisme, la collaboration, le leadership et le soutien aux apprentissages en milieu de pratique. Davantage d'études seront nécessaires pour en comprendre la portée. Néanmoins, il ressort que l'intelligence émotionnelle s'avère essentielle en pratique infirmière avancée. Celle-ci peut minimiser les impacts négatifs sur la santé des infirmières causés par les environnements de travail difficiles (Akerjordet et Severinsson, 2007 ; Cummings et al., 2005 ; Montes-Berges et Augusto-Landa, 2007, 2014; Smith et al., 2009) par une meilleure régulation des émotions et des ressources/stratégies de coping (Akerjordet et Severinsson, 2007). Également, elle peut soutenir l'exercice optimal des compétences infirmières (Cummings et al., 2010 ; Cummings et al., 2005 ; Smith et al., 2009), et favorise la satisfaction au travail par l'exercice d'un leadership efficace (Akerjordet et Severinsson, 2010, Cummings et al., 2010 ; Moss, 2005; Roussel, 2013). Face à ces constats et au contexte perpétuel de changement au sein du réseau de la santé, il est d'autant plus important de considérer le développement de l'intelligence émotionnelle chez les infirmières peu importe leur niveau de formation ou leur titre pour optimiser les compétences infirmières et pour assurer le maintien de leur santé mentale et de leur bien-être.

## **Références**

- Adams, K., Iseler, J., Burgess, P., Schmidt, C., Mendes, J., Pyle, T., et al. (2011, mars). *The impact of nurses' emotional intelligence on quality of patient care*. Affiche présentée au Midwest nurses Research Society. Ohio, Columbus.
- Akerjordet, K. et Severinsson, E. (2010). The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 363-382.
- Alkema, K., Linton, J.M. et Davies, R. (2008). A Study of the Relationship Between Self-Care, Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout Among Hospice Professionals, *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 4(2), 101-119.
- Arora, S., Ashrafian, H., Davis, R., Athanasiou, T., Darzi, A. et Sevdalis, N. (2010). Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Medical Education*, 44(8), 749-764.
- Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (2014). *Mémoire de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux : Réflexion sur l'impact de l'implantation de la loi 10 sur le rôle, les responsabilités, les conditions de travail et d'exercice des gestionnaires ainsi que sur les services à la population*. Repéré à [file:///C:/Users/Miel/Downloads/052m association des gestionnaires des établissements de sant et de services sociaux.pdf](file:///C:/Users/Miel/Downloads/052m%20association%20des%20gestionnaires%20des%20%C3%A9tablissements%20de%20sant%C3%A9%20et%20de%20services%20sociaux.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2007). *Programme de lignes directrices pour la pratique exemplaire des soins infirmiers : Développement et maintien du leadership infirmier*. Repéré à [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/2802\\_Programme\\_de\\_lignes\\_directrices\\_pour\\_la\\_pratique\\_exemplaire\\_des\\_soins\\_infirmiers.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/2802_Programme_de_lignes_directrices_pour_la_pratique_exemplaire_des_soins_infirmiers.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). *RNAO's leadership manual*. Repéré à [http://chapters.rnao.ca/sites/regions/files/what\\_is\\_leadership\\_leadership\\_traits.pdf](http://chapters.rnao.ca/sites/regions/files/what_is_leadership_leadership_traits.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008). *La pratique infirmière avancée: un cadre national*. Repéré à [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp\\_national\\_framework\\_f.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf?la=fr)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2015a). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/cadre-de-pratique-des-infirmieres-et-infirmiers-au-canada.pdf?la=fr>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2015b). *Formation continue*. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/fr/formation-continue>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2018). *Programme de mentorat*. Repéré à <https://cna-aiic.ca/fr/certification/preparation-a-lexamen/programme-de-mentorat>

- Augusto-Landa, J.-M., Lopez-Zafra, E., Berrios Martos, M. P. et Aguilar-Luzon M. C (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 888-901.
- Avenier M.-J. et Gavard-Perret M.-L. (2012). Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique. Dans M.-L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon et A. Jolibert (dir.). *Méthodologie de la recherche en sciences de la gestion. Réussir son mémoire ou sa thèse* (2<sup>e</sup> éd., p. 11-62). Montreuil, France : Pearson.
- Ball, E. (2009). Do professions have distinct or singular personalities? Using the enneagram to support and facilitate inter-professional nursing. *Nurse Education Today*, 29, 365–366.
- Baron, R. et Wagele, E. (1994). *The enneagram made easy : Discover the 9 Types of People*. New York : HarperCollins.
- Bartlett, C. S. (2003). *The Enneagram Field Guide, Notes on Using the Enneagram in Counseling, Therapy and Personal Growth*. Fort Collins, Colorado : Nine Gates Publishing.
- Bawafaa, E. (2014). *The Influence of Resonant Leadership and Structural Empowerment on the Job Satisfaction of Registered Nurses* (Thèse de doctorat, Université du Western Ontario, Ontario). Repéré à <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=3638&context=etd>
- Beauvais, A. M., Brady, N., O’Shea, E. R. et Griffin, M. T (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse Education Today*, 31(4), 396-401. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20739106>
- Berstrom, V. H. et Kjekshus, L. E. (2015). Effect of organisational change type and frequency on long-term sickness absence in hospitals. *Journal of Nursing Management*, 23, 813-822.
- Bissonette, S. et Gauthier, C. (2012). Faire la classe à l’endroit ou à l’envers? *Formation et profession*, 20(1), 23-28.
- Bland, A. (2010). The Enneagram: A Review of the Empirical and Transformational Literature. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 49(1), 16-31.
- Boivin-Desrochers, C. et Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers*, 118(3), 85-96. doi:10.3917/rsi.118.0085.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R., et Vézina, M. (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 47, 54-64.

- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D. et Sarmiento, J. (2000). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec*. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CLSC-CHSLD-Haute-Ville-Des-Rivieres/2980457566.pdf>
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Brown, H., Zijlstra, F. et Lyons, E. (2006). The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 344–357.
- Bujold, N. et St-Pierre, H. (1996). Style d'intervention pédagogique, relations affectives enseignants-étudiants et engagement par rapport à la matière. *La revue canadienne d'enseignement supérieur*, 26(1), 75-107.
- Cadman C. et Brewer J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9, 321–324.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Sciences*, 1(1), 13-24. Repéré à [http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705\\_CH03\\_V1xx.pdf](http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf)
- Carper, B.A. (2004). Fundamental patterns of knowing. Dans P.G Reed, N.C Sherer et L.H. Nicoll (dir.), *Perspectives on nursing theory* (p. 221-228). Philadelphia : Lippincott Williams et Wilkins.
- Carson, K.D., Carson, P.P., Fontenot, G., Burdin, J.J., 2005. Structured interview questions for selecting productive, emotionally mature, and helpful employees. *The Health Care Manager* 24, 209–215.
- Cherniss, C. et Adler, M. (2000). *Promoting Emotional Intelligence in Organizations*. États-Unis : American Society for Training & Development.
- Chestnut, B. (2017). *The 9 Types of Leadership: Mastering the Art of People in the 21st Century Workplace*. New York : Post Hill Press.
- Chinn, P. L. et Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing : theory and process*. (9<sup>e</sup> éd.). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Codier, E., Kamikawa, C., et Kooker, B.M. (2011). The impact of emotional intelligence development on nurse managers. *Nursing Administration Quarterly*, 35(3), 270–276. Repéré à <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=21654488>
- Codier, E., Kooke, B.M., et Shoultz, J. (2008). Measuring the emotional intelligence of clinical staff nurses: an approach for improving the clinical care environment. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 8-14. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18160858>

- Codier, E., Muneno, B., et Freitas, L. (2013). Developing emotional intelligence ability in oncology nurses: a clinical rounds approach. *Oncology Nursing Forum*, 40(1) 22-29. Repéré à <https://onf.ons.org/onf/40/1/developing-emotional-intelligence-ability-oncology-nurses-clinical-rounds-approach>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada (2014). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Repéré à [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC\\_2\\_FINALE\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf)
- Consortium national de formation en santé (2013). *Les six principes d'andragogie*. Repéré à [https://ateliers.cnfs.ca/atelierscnfs/comprendre-les-principes-de-base-de-la-supervision/2015/pdf/unite2/unite\\_2-1\\_principes-andragogie\\_imprimable.pdf](https://ateliers.cnfs.ca/atelierscnfs/comprendre-les-principes-de-base-de-la-supervision/2015/pdf/unite2/unite_2-1_principes-andragogie_imprimable.pdf)
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. Et Petticrew, M. (2008). *Developping and evaluating complex interventions : the new Medical Research Council guidance*. Repéré à <http://www.bmj.com/content/bmj/337/bmj.a1655.full.pdf>
- Cummings, G. G., Hayduk, L. et Estabrooks, C. A. (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research* 54 (1), 1–11.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363-385. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>
- Cunningham, G., et Kitson, A. (2000a). An evaluation of RCN clinical leadership development programme (part 1). *Nursing Standard*, 15(12), 34- 37.
- Cunningham, G., et Kitson, A. (2000b). An evaluation of RCN clinical leadership development programme (part 2). *Nursing Standard*, 15(13-15), 34-40.
- Daft, R. L. (2010). *The leadership experience*. (5<sup>e</sup> éd.). Mason, OH : South-Western Cengage Learning.
- De Lassus, R. (1997). *L'ennéagramme : Les 9 types de personnalité*. Allier, Bergique : Édition Marabout.
- Delvo, M. K. (2015). *The Enneagram as a Facilitator of Self-Awareness in Emerging Leader Programs*. Repéré à <https://conservancy.umn.edu/handle/11299/174949>
- Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. (2<sup>e</sup> ed). New York: McGraw-Hill

- Dias, M.-H., Chambers-Evans, J. et Reidy, M. (2010). The Consultation Component of the Clinical Nurse Specialist Role. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(2), 92-104. Repéré à <http://www.ingentaconnect.com/search/article?option1=tka&value1=The+Consultation+Component+of+the+Clinical+Nurse+Specialist+Role&pageSize=10&index=1>
- DiCenso, A. et Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : Synthèse d'aide à la décision* Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/Dicenso\\_FR\\_Final.pdf?sfvrsn=0](http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/Dicenso_FR_Final.pdf?sfvrsn=0)
- Dong, D. et Temple, B. (2011). Oppression: A Concept Analysis and Implications for Nurses and Nursing. *Nursing Forum*, 46(3), 169-176.
- Durand, M. J. et Chouinard, R., (2012). *L'évaluation des apprentissages : De la planification de la démarche à la communication des résultats*. Montréal, Québec : Éditions Hurtubise HMH ltée.
- Durand, S. et Laflamme, F. (2016). *Pratique infirmière avancée-Réflexion sur le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée* (n° 8456). Montréal, Québec: OIIQ.
- École de l'Ennéagramme du Québec (2011). *Cours d'Ennéagramme*. Repéré à [http://reneroyformations.com/eeq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49&Itemid=55](http://reneroyformations.com/eeq/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=55)
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2015). *Référentiel de compétences, baccalauréat en sciences infirmières*. Montréal, Québec: Vice décanat aux études supérieures.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2017). *Référentiel de compétences à la maîtrise*. Montréal, Québec: Vice décanat aux études supérieures.
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (2016). Échelles salariales et nomenclature des titres d'emploi Convention collective Juillet 2016 1 mars 2020. Repéré à [http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2016/10/Echelles\\_salariales\\_Web\\_2016-2020\\_FR.pdf?download=1](http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2016/10/Echelles_salariales_Web_2016-2020_FR.pdf?download=1)
- Fenigstein, A., Scheier, M. F. et Buss, A. H. (1975). Public and Private Self-consciousness: Assessment and Theory, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Fischer, S. A. (2016). Transformational leadership in nursing : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2644-2653.
- Freshwater, D. et Stickley, T. (2004). The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11, 91-98
- Goldberg, M. J. (1999). *The 9 ways of Working : How to Use the Enneagram to Discover your natural strengths and work more effectively*. New York : Marlowe.

- Goleman, D., Boyatzis, R. et McKee, A. (2002). *L'intelligence émotionnelle au travail*. Paris, France : Village Mondial.
- Grossman, S. C. et Valiga, T. M. (2009). *The New Leadership Challenge: Creating the Future of Nursing* (3e ed.). États-Unis : F.A Davis Company
- Grossman, S. C. et Valiga, T. M. (2013). *The New Leadership Challenge: Creating the Future of Nursing* (4e ed.). États-Unis : F.A Davis Company
- Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational communication and technology*, 29(2), 75-91. doi: 10.1007/BF02766777
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA, USA: Sage.
- Guernsey, B. G. (1977). Relationship Enhancement: Skill-training Programs for Therapy, Problem Prevention and Enrichment. *Training and Development Journal*, 39(9), 83-85.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. et O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing : an integrative approach*. (5<sup>e</sup> éd.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Henochowicz, S. et Hetherington, D. (2006). Leadership coaching in health care. *Leadership & Organization Development Journal*, 27(3), 183-189.
- Herbert, R. et Edgar, L. (2004). Emotional intelligence : a primal dimension of nursing leadership. *Nursing Leadership*, 17(4), 56-63.
- Heydari, A., Kareshki, H. et Armat, M. R. (2016). Is Nurses' Professional Competence Related to Their Personality and Emotional Intelligence? A Cross-Sectional Study. *Journal of Caring Sciences*, 5(2), 121-132. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4923836/>
- Horton-Deutsch, S. et Sherwood, G. (2008). Reflection: an educational strategy to develop emotionally competent nurse leaders. *Journal of Nursing Management* 16, 946–954.
- Institut national de santé publique du Québec (2008). Cadre de référence sur l'analyse de besoins de formation : volet formation continue. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/800\\_Cadre\\_de\\_reference.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/800_Cadre_de_reference.pdf)
- Jordan, P. J. et Troth, A. C. (2004). Managing Emotions During Team Problem Solving: Emotional Intelligence and Conflict Resolution. *Human Performance*, 17(2), 195-218. doi: 10.1207/s15327043hup1702\_4
- Judge, T. A., Bono, J. E., Ilies, R. et Gerhardt, M. W. (2002). Personality and Leadership: A Qualitative and Quantitative Review. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 765-780. doi: 10.1037/0021-9010.87.4.765

- Kang, M. J. (2015). Effects of Enneagram Program for Self-esteem, Interpersonal Relationships, and GAF in Psychiatric Patients. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2), 116-126.
- Kim, H. (2014). The Health Promotion Behaviors according to Nursing Students' Enneagram Personality Types. *Journal of Enneagram Studies*, 11(1), 9-27.
- Kim, S. N. (2003). *The Effectiveness of enneagram group counseling program for the self-identification and the interpersonal relationship of nursing college students* (Mémoire de maîtrise inédite). Université d'Ewha, Seoul.
- Kim, H. K., Ji, H. S., Ryu, E. G. et Jeon, M. G. (2005). Enneagram Personality Types and Job Satisfaction of Hospital Nurses who take advantage, organizational commitment and exhausted comparison. *Clinical Nursing Research*, 11(1), 109-121.
- Kim, W.-G. Et Cho Chung, H.-I. (2015). Effects of Korean Enneagram Program on the Ego-identity, Interpersonal Relationship, and Self-leadership of Nursing College Students. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 21(4), 393. doi: 10.11111/jkana.2015.21.4.393
- Koch, T. et Kralik, D. (2006). *Participatory Action Research in Health Care*. Australie: Blackwell Publishing.
- Komasi, S., Soroush, A., Nazeie, N., Saeidi, M. et Zakiei, A. (2016). Enneagram of Personality as an Effective Model in the Prediction of the Risk of Cardiovascular Diseases: A CaseControl study. *Journal of Thoracic Medicine*, 4(3), 468-473.
- Koo H. Y (2011). Effects of the Enneagram Group Counseling Program on Self-esteem, Anxiety and Interpersonal Relationships in Nursing Students. *Journal of Nurses Academic Society of Nursing Education*, 17(3), 446-455
- Lapid-Bogda, G. (2004). *Bringing out the best in yourself at work: How to use the Enneagram system for success*. Columbus, OH: McGraw-Hill.
- Lapid-Bogda, G. (2007). *What type of leader are you? Using the Enneagram System to Identify and Grow Your Leadership Strengths and Achieve Maximum Success*. India : McGraw-Hill Education.
- Lapid-Bogda, G. (2010). *Bringing out the best in everyone you coach: use the Enneagram system for Exceptional Results*. New York: McGraw-Hill.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N. et Drevniok, U. (2008). Pression sur les recrues. *Perspective infirmière*, 5(3), 31-32.
- Lavoie-Tremblay, M., Bonin, J.-P., Lesage, A. D., Bonneville-Roussy, A., Lavigne, G. L. et Laroche, D. (2010). Contribution of the Psychosocial Work Environment to Psychological Distress Among Health Care Professionals Before and During a Major Organizational Change. *The Health Care Manager*, 29(4), 293-304.

- Lee, M. R. (2007). The relationship among enneagram personality types, depression and anxiety of nursing students. *Journal of Enneagram Studies*, 4(1), 99-112.
- Lee, M. R. (2011). Effects of the Enneagram Group Counseling Program on ego-resilience and empathy ability in nursing students. *Journal of Gaya University*, 19, 281-293.
- Lee J. S., Yoon J. et Do K. J. (2013). Effectiveness of Enneagram Group Counseling for Self-identification and Depression in Nursing College Students. *Journal of Korean Academy of Nursing* 5 (43), 649 – 657.
- Lee, M.-R. (2015). A Study on the Effects of Enneagram Group Counseling on Nursing Students, International. *Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(5), 235-246.
- Levine, J. (1999). *The Enneagram intelligence: Understanding personality for effective teaching and learning*. London: Praeger.
- Littlejohn, P. (2012). The Missing Link: Using Emotional Intelligence to Reduce Workplace Stress and Workplace Violence in Our Nursing and Other Health Care Professions. *Journal of Professional Nursing*, 28(6), 360-368. Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722312000622>
- Lucas V., Spence Laschinger H. K. et Wong C. A. (2008). The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control. *Journal of Nursing Management*, 16, 964-973.
- Luckcock, T. (2007). The Soul of Teaching and Professional Learning: An Appreciative Inquiry into the Enneagram of Reflective Practice. *Educational Action Research*, 15(1), 127-145. doi: 10.1080/09650790601151483
- Luckcock, T. (2010). Spirited Leadership and the Struggle for the Soul of Headteachers: Differentiating and Balancing Nine Types of Engagement. *Educational Management Administration & Leadership*, 38(4), 405-422. doi: 10.1177/1741143210368302
- Maise, M. (2007). The enneagramme : an innovative approach. *Journal of professionnal counseling, Practice, Theory & Research*. 35(1), 38-56.
- McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 47, 101-108.
- Mercer, S.W. et Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, 9-12.
- Miles, M. B. et Huberman M. A (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2<sup>e</sup> éd.). Paris: Paris : De Boeck Université
- Ministère de la Santé et Services sociaux du gouvernement du Québec (2015). *Projet de loi no 10 Loi modifiant L'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services*

- sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.* Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>
- Mintz, L. J., et Stoller, J. K. (2014). A Systematic Review of Physician Leadership and Emotional Intelligence. *Journal of Graduate Medical Education*, 6(1), 21–31. <http://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00012.1>
- Montes-Berges, B. et Augusto-Landa, J.-M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 163–171.
- Montes-Berges, B. et Augusto-Landa, J.-M. (2014). Emotional intelligence and affective intensity as life satisfaction and psychological well-being predictors on nursing professional. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 80-88.
- Moon, S. M. (1980). A Research on the Effect of Human Relationships Training of University Students. *Journal of Gyeongsang National University*, 1980(19), 195-204.
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149. doi:10.1177/104973239500500201
- Moss, M. T. (2005). *The emotionally intelligent nurse leader*. (1<sup>ère</sup> éd.). San Francisco, CA : Chicago: San Francisco, CA : Jossey-Bass
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Armand Colin
- National Association of Clinical Nurse Specialists. (2013). *Impact of the Clinical Nurse Specialist Role on the Costs and Quality of Health Care*. Repéré à <http://www.nacns.org/docs/CNSOutcomes131204.pdf>
- Neck, C. P. et Houghton, J. D. (2006). Two decades of self-leadership theory and research: Past developments, present trends, and future possibilities. *Journal of Managerial Psychology*, 21(4), 270-295. Repéré à <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/02683940610663097>
- O'Connor M. (2008) The dimensions of leadership; a foundation for caring competency. *Nursing Administration Quarterly*, 32 (1), 21–26
- Office des professions du Québec (2013). *Guide explicatif du projet de Loi 21*. Repéré à [https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/Guide\\_explicatif\\_decembre\\_2013.pdf](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf)
- Oh, H. S. (2005). Study on Enneagram personality types of nursing students of college. *Journal of Enneagram Studies* 2(2), 123-153.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011a). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec : norme professionnelle*. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf>

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011b). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec : document d'orientation*. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/270GCO-Document-Orientation-Web.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). *Mémoire : La gouvernance infirmière : condition de succès de la transformation du réseau*. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/3428-gouvernance-infirmiere-memoire.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015). *Reprenons le plein pouvoir de soigner. Éditorial de la présidente Lucie Tremblay*. Repéré à [http://www.infoiiq.org/editorial-de-la-presidente/reprenons-le-plein-pouvoir-de-soigner/2015?\\_ga=1.167143614.1648213434.1423455418](http://www.infoiiq.org/editorial-de-la-presidente/reprenons-le-plein-pouvoir-de-soigner/2015?_ga=1.167143614.1648213434.1423455418)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017). *Foire aux questions-formation continue infirmière : Rôle des employeurs*. Repéré à <http://www.oiiq.org/formation-continue/norme-de-formation-continue/faq#t607n5023>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle*. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1\\_ordre/dossiers\\_strategiques/2015/oiiq-annonce-position-collaboration-interprofessionnelle-oiiq-cmq-opq.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1_ordre/dossiers_strategiques/2015/oiiq-annonce-position-collaboration-interprofessionnelle-oiiq-cmq-opq.pdf)
- Ormond, C. H. (2007). The effects of emotional intelligence and team effectiveness of a newly formed corporate team learning the enneagram. Repéré à [https://books.google.ca/books/about/The\\_Effects\\_on\\_Emotional\\_Intelligence\\_an.html?id=2Pq-tgAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.ca/books/about/The_Effects_on_Emotional_Intelligence_an.html?id=2Pq-tgAACAAJ&redir_esc=y)
- Palmer, H. (2014). *L'ennéagramme au travail et en amour*. Montréal : Les éditions de l'homme.
- Park, W. J. (2009). The influence of ego-resilience on critical thinking dispositions, learning styles, and academic adjustment in nursing students. *Journal of Korean Academy of Psychiatry and Mental Health Nurse*, 18(3), 240–250.
- Park, J. W. et Choi, J. (2013). Clinical Practicum Experiences of the Nursing Students in Psychiatric Settings by Personality Types of Enneagram. *The Korean journal of stress research*, 21(3), 493-499.
- Park, J. W. et Ha, N. S. (2014). Communication Apprehension and Performance of Using Communication Skills according to Nursing Students' Enneagram Personality Types. *Korean Journal of Stress Research*, 22, 169-180.
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3<sup>e</sup> éd.). Montréal. Québec: Chenelière-éducation.
- Pepin, J., Legault, A. et Goudeau, J. (2008). Révolution pédagogique. *Perspective infirmière*, 5(5), 33-34.

- Perry, A. K. (1997). *Leading with skill and soul : Using the enneagram and the Brent Personality Assessment System* (Thèse de doctorat, Université de Seattle, Seattle). Repéré à <https://elibrary.ru/item.asp?id=5594119>
- Phaneuf, J.-E. (2011). *La relation soignant-soigné : Rencontre et accompagnement*. Montreal, Québec : Chenelière Éducation.
- Phaneuf, J.-E. (2015). *Émergence des comportements de leadership transformationnel : Examen de l'apport d'une approche basée sur les composites de personnalité et d'une perspective interactionniste*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Québec). Repéré à [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/13974/Phaneuf\\_Julie-Elaine\\_2015\\_these.pdf?sequence=4](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/13974/Phaneuf_Julie-Elaine_2015_these.pdf?sequence=4)
- Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J. et Roberts, J. (2011). Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse Education Today*, 31, 855–860.
- Quoidbach, J. et Hansenne, M. (2009). The impact of trait emotional intelligence on nursing team performance and cohesiveness. *Journal of Professional Nursing*, 25(1), 23-29. Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S875572230700289X>
- Riso D. et Hudson R. (1999). *The Wisdom of the Enneagram: The Complete Guide to Psychological and Spiritual Growth for the Nine Personality Types*. New York, New York : Bantam Books.
- Ray, S. L., Wong, C., White, D. et Heaslip, K. (2013). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Work Life Conditions, and Burnout Among Frontline Mental Health Care Professionals. *Traumatology*, 19(4), 255-267.
- Reny, P. (2018). *Savoir communiquer pour mieux aider* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal, Québec : ERPI.
- Roussel, L. A. (2013). *Management and leadership for nurse administrators*. (6 ed.). Burlington, Massachusetts : Jones and Bartlett Learning.
- Roy, O., Champagne, J. et Michaud, C. (2003). La compétence de consultation. *Infirmière du Québec*, 10(6), 39-44. Repéré à [http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Infirmiere/vol10no6/p39\\_44.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Infirmiere/vol10no6/p39_44.pdf)
- Rubin, R. B. (1990). *Communication Competence*. Dans G. M. Philips et J. T. Wood (dir.), *Communication présentée au 75th Anniversary of the Communication Association*. Carbondale: Southern Illinois.
- Salmon, E. (2012). *La clé de l'Ennéagramme : les sous-types : Découvrir ses automatismes et reprendre contact avec soi-même* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : InterEditions
- Salovey, P. et Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition et personality*, 9(3), 185-211.

- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5<sup>e</sup> éd.). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Shannon, J., Schreiber, B. et Riley, C. (1999). Leading from Any Position: An Enneagram Workshop Preparing Leaders for the 21<sup>st</sup> Century. *The Serials Librarian*, 36(1-2), 5-13. doi: 10.1300/J123v36n01\_02
- Shin, E. S. et Lee, S. (2016). The Emotional Intelligence, Defense Mechanism and Interpersonal Caring, Behavior by Enneagram Personality Types in Nursing Students. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 22(4), 514-526.
- Simpson R. L. et Keegan A. J. (2002) How connected are you? Employing emotional intelligence in a high-tech world. *Nursing Administration Quarterly*, 26, 80–86
- Smith, K. B., Profetto-McGrath, J., et Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International journal of nursing studies*, 46(12), 1624-1636.
- Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers (2005). *Le changement technologique*. Repéré à [https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/technological\\_change\\_f.pdf](https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/technological_change_f.pdf)
- Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (2012). *La supervision*. Repéré à <https://www.cnps.ca/index.php?page=200&lang=fr>
- Son, Y. S. (2012). *Interpersonal caring behavior and job satisfaction according to the enneagram personality types of nurses in medium sized hospitals* (Mémoire de maîtrise inédite). Université de Dankook, Seoul.
- Stichler, J. F. (2006). Emotional Intelligence : A critical leadership quality for the nurse executive. The Association of Women's Health. *Obstetric and Neonatal Nurses*, 10(5), 422-425.
- Stickley, T. et Freshwater, D. (2002). The art of loving and the therapeutic relationship. *Nursing Inquiry*, 9(4), 250-256. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12460420>
- Stringer, E. (2007). *Action Research*. (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks : Sage Publication.
- Su, S. F., Boore, J., Jenkins, M., Liu, P. E. et Yang, M. J. (2009). Nurses' perceptions of environmental pressures in relation to their occupational stress. *Journal of Clinical Nursing*, 18(22), 3172-3180.
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1).
- Tallon, R., et Sikora, M. (2006). *Awareness to action: The enneagram, emotional intelligence, and change*. Scranton, Pennsylvania : University of Scranton Press.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière Éducation.

- Taylor, C. (2013). The Process Enneagram : A Practitioner's Guide to Its Use as a Facilitative Tool in the Corporate Environment. Repéré à <https://www.questia.com/library/journal/1P3-2968791181/the-process-enneagram-a-practitioner-s-guide-to-its>
- Teo, S. T., Pick, D., Newton, C. J., Yeung, M. E. et Chang, E. (2013). Organisational change stressors and nursing job satisfaction: the mediating effect of coping strategies. *Journal of Nursing Management*, 21(6), 878-887.
- Tracy, M. F. (2014). Direct clinical Practice. Dans A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy & E. T. O'Grady (dir.), *Advanced practice nursing : an integrative approach* (5<sup>e</sup> éd., p. 147-182). St. Louis, Missouri Elsevier.
- Triola N. (2007). Authentic leadership begins with emotional intelligence. *AACN Advanced CriticalCare*, 18(3), 244-247.
- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches Qualitatives*, 5, 38-45.
- Van Mol, M. M. C., Kompanje, E.J.O., Benoit, D.D, Bakker J., Nijkamp, M.D. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 10(8).
- Vitello-Cicciu, J. M. (2002). Exploring emotional intelligence; implications for nursing leaders. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 203-210.
- Vitello-Cicciu, J. M. (2003). Innovative leadership through emotional intelligence. *Nursing Management October*, 228-232.
- Vosit-Steller, J. et Morse, A. B. (2014). Consultation. Dans A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy et E. T. O'Grady (dir.), *Advanced practice nursing : an integrative approach* (5<sup>e</sup> éd., p. 213-236). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Watson, J. (1998). *Le caring : philosophie et science des soins infirmiers*. Paris : Seli Arslan. (Travail original publié en 1985)
- Watson, J. (2008). *Nursing : the philosophy and science of caring*. (Rev. ed.). Boulder, Colorado : University Press of Colorado.
- Watson, J. (2012). *Human Caring science. A theory of nursing* (2<sup>e</sup> éd.). Boulder, CO : Jones & Barlett Learning.
- Weng, H.-C., Hung, C.-M., Liu, Y.-T., Cheng, Y.-J., Yen, C.-Y., Chang, C.-C. et Huang, C.-K. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical Education*, 45 (8), 835-842.

**Annexe A : Formulaire d'information et de consentement**

## Formulaire d'information et de consentement

### Titre et no du projet

Perceptions des conseillères en soins infirmiers et des conseillères en pratique infirmière avancée de l'utilisation du modèle de l'Ennéagramme et de sa pertinence en sciences infirmières (projet no 17-03).

### Personnes responsables du projet

#### Étudiante chercheuse

Michèle Desmarais, infirmière, candidate à la Maîtrise en sciences infirmières  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel : [michele.desmarais@umontreal.ca](mailto:michele.desmarais@umontreal.ca)

#### Chercheuse responsable

Marie Josée Levert, psychologue, PhD  
Professeure, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel : [mj.levert@umontreal.ca](mailto:mj.levert@umontreal.ca)

#### Cochercheuse

Julie Fréchette, infirmière, M.Sc  
Agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des soins infirmiers,  
CIUSSS de l'Ouest de l'Île de Montréal

### Préambule

En tant qu'infirmière en pratique avancée ayant suivi la formation à l'ennéagramme dispensée au CIUSSS de l'Ouest de l'Île de Montréal, vous êtes invité à participer à ce projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. Veuillez lire attentivement ce formulaire d'information et de consentement.

Il est important de comprendre toutes les informations qu'il contient. N'hésitez pas à poser des questions, au chercheuse responsable du projet de recherche s'il y a un mot ou une phrase que vous ne comprenez pas ou si l'information qu'il contient n'est pas claire.

### **Objectifs du projet**

Cette recherche vise à explorer les perceptions des conseillères en soins infirmiers (CSI) et des conseillères en pratique infirmière avancée (CPIA) quant à la qualité, à la pertinence et aux impacts d'une formation sur l'ennéagramme sur le développement et l'exercice de leur leadership.

Pour mener à bien ce projet d'étude, nous devons recruter huit participantes, CSI ou CPIA, ayant suivi cette formation. C'est à ce titre que votre participation est sollicitée aujourd'hui.

### **Déroulement de l'étude**

Votre participation à cette étude consiste à participer à une entrevue individuelle d'une durée approximative de 90 minutes. Cette entrevue se déroulera environ un mois après la formation, durant vos heures libres, sur votre lieu de travail (ou à tout autre endroit de votre choix qui respecte la confidentialité). Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio de manière à faciliter l'analyse des données. Les enregistrements seront détruits après la transcription.

### **Avantages associés au projet de recherche**

Vous ne retirez aucun bénéfice direct de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus permettront de contribuer à l'avancement de la recherche en science infirmières en générant des connaissances en ce qui a trait des perceptions des infirmières en pratique avancée quant à la qualité, à la pertinence et aux impacts d'une formation sur l'ennéagramme sur le développement et l'exercice de leur leadership.

**Risques et inconvénients associés au projet de recherche.** Le temps accordé l'entrevue peut se révéler à l'inconvénient pour certains participants. De plus, l'ennéagramme, en tant que modèle de découverte de soi, peut mener à la prise de conscience des aspects positifs et négatifs de sa personnalité et susciter des émotions négatives. En cas de besoin, l'étudiante chercheuse vous orientera vers le programme d'aide aux employés (PAE) de votre institution au numéro de téléphone suivant : 514-843-7009 ou 1-800-567-AIDE (2433).

### **Participation volontaire et possibilité de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet. Votre participation ou votre refus de participer à l'étude n'aura pas de conséquence sur votre emploi puisque votre employeur n'en sera pas

informé.

Le chercheur responsable du projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

### **Confidentialité**

Le principe de la vie privée et des renseignements personnels sera respecté par la confidentialité des participantes. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable.

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable ou l'étudiante chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Lors de la présentation des résultats, l'étudiante chercheuse portera une attention particulière afin qu'aucune donnée ne puisse permettre l'identification des participantes. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

### **Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation financière ou autre en échange de votre participation.

### **Communication des résultats**

Vous pourrez communiquer avec la chercheuse afin d'obtenir à tout moment de l'information sur l'avancement des travaux ou les résultats généraux du projet de recherche. De plus, un document faisant état des résultats généraux vous sera envoyé une fois l'étude terminée.

### **Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

**Personnes ressources**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche vous pouvez communiquer avec Michèle Desmarais : [michele.desmarais@umontreal.ca](mailto:michele.desmarais@umontreal.ca) ou avec Dre Marie-Josée Levert au [mj.levert@umontreal.ca](mailto:mj.levert@umontreal.ca) et par téléphone au 514-343-2178.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, communiquez avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services par téléphone au numéro 1 844 630-512 ou par courriel à l'adresse suivante : [commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

Si vous avez des questions, en tant que participante à cette étude, vous pouvez rejoindre le Bureau du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas au (514) 761-6131 poste 2708 ou à l'adresse suivante : [cer.reb@douglas.mcgill.ca](mailto:cer.reb@douglas.mcgill.ca)

**Consentement du sujet de recherche**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

**Autorisation à l'enregistrement audio**

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche et j'ai pris connaissance que des entrevues seront enregistrées de manière audio. On m'a expliqué que ces enregistrements seraient utilisés afin de permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. OUI \_\_\_ NON \_\_\_

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

---

Nom et signature du sujet de recherche

Date

**Déclaration de responsabilité de la chercheuse**

Je, *Michèle Desmarais*, chercheuse étudiante de l'étude, déclare que mes codirectrices et moi, sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document.

Signature de la chercheuse principale de l'étude

---

Michèle Desmarais

## **Annexe B : Questionnaire sociodémographique**

**Question**

**graphique**

Code du participant: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

1) Âge : \_\_\_\_\_

2) Sexe :  Homme  Femme

3) À quelle (s) installations du CIUSSS travaillez-vous ?

- Hôpital Sainte-Anne
- Centre de santé et des services sociaux de l'Ouest-de-l'Île
- Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-Lasalle
- Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
- Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
- Institut universitaire en santé mentale Douglas
- Centre de soins prolongés Grace Dart
- Centre hospitalier de St. Mary.

Quelles unités ? \_\_\_\_\_

4) Quelle est votre clientèle-cible? \_\_\_\_\_

5) Nombre d'année d'expérience en tant qu'infirmière en pratique avancée?

\_\_\_\_\_

6) Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

7) Depuis combien de temps occupez-vous cette fonction ?

8) Depuis combien de temps êtes-vous infirmière ?

9) Niveau de formation?

- BAC
- Maîtrise
- Doctorat
- Autre : \_\_\_\_\_

---

10) Nommez trois à cinq tâches que vous effectuez le plus fréquemment.

---

---

---

---

---

**11) Aviez-vous des connaissances sur l'ennéagramme avant la formation de 7h ?**

---

Si oui, expliquez dans quel contexte vous avez acquis ces connaissances.

---

---

---

**Annexe C : Guide d'entrevue individuelle semi-structurée**

# GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE SEMI-STRUCTURÉE

## Aide-mémoire

- Faire un rappel sur la confidentialité et le but de la recherche.
- Inviter à poser leurs questions
- Rappeler la possibilité de se retirer à tout moment de l'entrevue.
- Rappeler l'enregistrement audionumérique de l'entrevue
- Faire signer le formulaire de consentement par chacun des participants (récupérer une copie).ou s'assurer que le consentement soit signé au préalable.
- Faire compléter le questionnaire sociodémographique
- Expliquer le déroulement de l'entrevue divisée en quatre thèmes

*L'entrevue débute par une question large pour permettre aux participants de faire le récit de leur expérience. Les thèmes à aborder sont illustrés par des « exemples » de questions de relance, à adapter au propos du participant. S'assurer de demander des exemples pour chacune des réponses.*

## ***1. Que pensez-vous de la formation à l'Ennéagramme qui vous a été dispensée ?***

- Gain le plus important
- Points positifs de la formation / Éléments à améliorer
- Durée de la formation
- Pistes d'amélioration de la formation (incluant l'intégration à votre travail)
- Exercice d'identification de votre type de personnalité selon le modèle de l'Ennéagramme (connaissance de son type de personnalité ?)
- Stratégies d'influence présentées dans la formation dans le but d'optimiser le leadership
- Pertinence de la formation : 1- dans le contexte actuel de transformation du réseau de la santé ; 2- pour les sciences infirmières? Si oui, serait-il pertinent pour les infirmières techniciennes, les infirmières bachelières, les infirmières gestionnaires, les infirmières enseignantes? Expliquez les raisons.
- Pertinence des capsules de formation envoyées par courriel

## ***2. Parlez-moi de votre utilisation de l'Ennéagramme suite à la formation ?***

- Utilisation du modèle de l'ennéagramme (une ressource ? un défi ?)
- Le plus utile, le moins utile
- Facteurs facilitants et difficultés à intégrer le modèle dans les relations interprofessionnelles
- Partage de la connaissance du modèle avec des collègues
- Suggestions pour faciliter l'utilisation de l'Ennéagramme
- Pertinence de l'Ennéagramme pour la pratique infirmière

## ***3. Parlez-moi de votre perception de l'impact de la formation sur le développement de la capacité à comprendre ses propres émotions et celle des autres, et sur le développement du leadership ?***

- Travail en équipe plus facile ?
- Impression d'avoir davantage d'influence ?
- Meilleure communication avec les collègues ?
- Utilisation du modèle de l'Ennéagramme (Compréhension de ses propres émotions et/ou celles des autres empathie ?)
- Pistes d'amélioration de la formation pour développer le leadership et l'intelligence émotionnelle